Nr 25 19 czerwca 1938 Rok XVII

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE

Dr Stanisław KLUKOW Łódź

W sprawie najnowszych poglądów na odżywianie się

Z Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Betleem w Łodzi
Kierownik Oddziału dr Stanisław Klukow

Odczyt wygłoszony w Łódzkim Tow. Lek. (Sekcja Gastrologiczna) w dniu 27 stycznia 1938 roku

Chciałbym tutaj omówić jedno z najpraktyczniejszych zagadnień życiowych, sprawę odżywiania.

Na pierwszy rzut oka zdaje się to sprawą banalną, ogólnie znaną i stosowaną przez wszystkich z jak najlepszym wynikiem. Jednak okazało się, że zagadnienie odżywiania co do swej celowości stało dotychczas na bardzo kruchych podstawach. Myślano kategoriami czysto chemicznymi oraz kalorycznymi i kierowano się tradycjami materialistycznymi okresu rozkwitu nauk przyrodniczych XIX w.

Obecnie z powodu skłonności do samowystarczalności i chęci polepszenia stanu zdrowotnego narodu, sprawa odżywiania tak jednostek, jak i całych grup stała się od razu aktualna i paląca.

Widzimy też wszędzie wzrost zainteresowania w tej dziedzinie, nie tylko wśród lekarzy, ale wśród polityków i innych. Przed kilku tygodniami, podczas tygodnia zdrowia w Londynie, angielski prezydent ministrów wypowiedział zdanie, że zdrowie nie jest zagadnieniem indywidualnym człowieka, ale własnością narodu i państwa.

Większość ludzi twierdzi jeszcze dziś, że odżywiamy się przecież dobrze, bo żyjemy, pracujemy i rozmnażamy się, niby to normalnie. I ponieważ wynik jest dobry, to i przyczyny są dobre i celowe. Czyli, że należy jeść potrawy tylko gotowane, należy używać dużo soli, dużo mięsa, białej mąki itd.

Ma to być odżywianie oparte na mocnych naukowych zasadach, na tradycji i na instynkcie ludzkim, czyli normalne.

Tymczasem nauka stawia inne pytanie — czy przeciętny człowiek jako produkt obecnego odżywiania, może faktycznie służyć przykładem ludzkości, jako norma? (Malten).

Kto ma w sobie choć odrobinę zmysłu krytycznego, musi dać odpowiedź ujemną.

Spojrzyjmy na ludzi w 40 i 50 roku życia, mówi Malten: „duże opadnięte brzuchy, płaskie stopy, żylaki, łysiny, okulary na oczach. Formy ciała harmonijne, klasyczne, w tym wieku życia widzi się tylko wyjątkowo. A w kwestii zdrowia spójrz przeciętnemu europejczykowi do ust, pomimo szczotki do zębów i przeróżnych past, wszędzie obraz zniszczenia, wszędzie próchnica zębów w zastraszającej formie, od lat dziecięcych.

A u ludzi w najlepszym wieku, około 50 r. ż., pomimo nowoczesnej higieny, miażdżyca naczyń, choroby przemiany materii, cukrzyca, artretyzm, choroby serca.

Do jakich konsekwencyj mógł ten sposób odżywiania doprowadzić, na to pozwolę sobie przytoczyć przykład, który Mc. Cann opisuje w swej książce, *The Science of Eating*. Podczas budowy kolei Madeira-Mamore, łączącej Boliwię z Brazylią w dziewiczym lesie, około 4.000 kolejowych robotników zmarło wskutek odżywiania się białym chlebem. Racja dzienna robotnika składała się przeważnie z białego chleba, obok tego dostawali suchary, tapiokę, białą mąkę, płatki z kukurydzy, pozbawioną kiełka, kukurydzową mąkę i polerowany ryż. Prócz tego duże ilości tłuszczu, kawy, cukru, makaronu, i suszone wołowe mięso.

Dieta silnie zakwaszająca, biologicznie jałowa, pozbawiona witamin i zespołów soli mineralnych. Pierwszymi objawami choroby było potykanie się na ulicy, później obrzęki dolnych kończyn do kolan, później duszność, bicie serca, zanik mięśni i śmierć. Jeden tylko naczelny inżynier uratował się przez ucieczkę do Anglii, podczas której na okręcie w przystępie głodu witaminowego zjadał codziennie wielkie ilości pomarańcz. Najtragiczniejszym było to, że, jak pisze sprawozdawca Mc. Cann, tysiące małp w pobliżu obozu kolejowego cieszyły się najlepszym zdrowiem, skacząc wesoło po drzewach. One odżywiały się tylko owocami i orzechami lasu podzwrotnikowego. Ludzie pogardzili pokarmem małp i zmarli.

Pytanie nasze brzmi: jak się odżywiać, ażeby być zdrowym, czyli, żeby przy stałym dobrym samopoczuciu móc wykrzesać ze siebie maksimum twórczej energii życiowej, duchowej i fizycznej. Nowoczesna nauka o odżywianiu zasadniczo zmienia stary swój stosunek i poglądy w sprawie odżywiania człowieka, wysuwając na pierwszy plan, poza kaloryczną wartością pożywienia, apetycznością i taniością następujące żądania:

I. Pokarmy muszą być jak najmniej denaturowane, tj. najmniej „odnaturalnione". Pokarmy muszą wykazywać normalnie sharmonizowane zespoły soli mineralnych (nadmiar zasad), witamin i zaczynów, które są tylko w żywej tkance rośliny i jej produktach.

II. Pokarmy muszą zawierać minimum białka zwierzęcego, przy ekonomicznym stosunku białka w ogóle do węglowodanów i tłuszczów.

III. Pokarmy należy spożywać w umiarkowanej ilości.

Pokarmy muszą być jak najmniej denaturowane, tj. jak najmniej zmienione w swym naturalnym biologicznym składzie. Słowo biologiczny nauka obecnie określa jako naturalny, niezmieniony sztucznie, najbliżej zbliżony do przyrody, będący w swej naturalnej harmonii, czyli w naturalnej korelacji poszczególnych składników, niezepsuty, ani energetycznie obniżony, jak przez sztuczne oddziaływanie metod przygotowawczych: termicznych, chemicznych i mechanicznych. Czyli, należy zachować nie tylko obecność wszystkich składników żywego surowca, ale i ich normalny stosunek wzajemny, jaki na przykład znajdujemy w żywej tkance roślin.

Ten harmonijny, tj. naturalny stosunek wszystkich składników między sobą w pożywieniu, chciałbym objaśnić na przykładzie.

Wiemy, że witaminy w roślinie znajdują się w pewnej równowadze, która wypływa z synergetycznych i antagonistycznych właściwości wszelkich witamin między sobą, tj., że niektóre witaminy, albo ich grupy, wspierają się wzajemnie, oszczędzają się wzajemnie lub też działają antagonistycznie, tj. niszcząc lub zmniejszając działanie przeciwnika. Np. przy nadmiarze witaminy A i D występują u szczurów zaburzenia, które przy nadmiarze witaminy B ustępują zupełnie (Stepp, Hopkins, Mc. Collum).

Przy hiperwitaminozie A występują również u szczurów większe zaburzenia, które po dodaniu witaminy B ustępują i dopiero po dodaniu witaminy C zupełnie znikają (Stepp).

Również znany jest antagonizm między witaminą A i C. Gnilec, który przy pomocy witaminy C można wyleczyć, nie daje się usunąć przy nadmiarze witaminy A, której obecność wymaga znacznego zwiększenia dawki witaminy C, ażeby osiągnąć skutek. Nawet, jak twierdzi Stepp, przez przedawkowanie witaminy A stwarza się gotowość do gnilca, jak np. przez podawanie soku z pomarańcz razem z tranem. Obecność witaminy A działa hamująco na witaminę D i odwrotnie.

Taką szczęśliwą równowagę witaminy A i D mamy w rybim tranie. Naturalny liczbowy stosunek wzajemny witamin np. w główce zielonej sałaty, wagi 100 g, wyraził Stepp dla witamin A, B_1, B_2 i C w liczbach 1500, 160, 100, 5000.

Nie znając jeszcze dokładnie wysokości dziennego zapotrzebowania ustroju na pewne witaminy, ani ilości tych witamin w danym pożywieniu, których obecność zależy jeszcze od świeżości surowca, od jakości gleby, jakości i ilości nawozu, nasłonecznienia i sposobu przechowywania surowców, nie możemy za pomocą dowolnego podawania i grupowania witamin dojść do naturalnej harmonii i równowagi wzajemnej tych witamin, jakie znajdujemy w surowych świeżych owocach i jarzynach.

W surowych jarzynach i owocach, w całym ziarnie i orzechach, znajdujemy już gotowe, naturalne, harmonijne korelacje witamin, dostosowane do potrzeb ludzkiego ustroju, przez samą przyrodę. Więc, podając surowe jarzyny i owoce, dajemy już człowiekowi, naturalne, harmonijne zespoły witamin. Cytrynami,

pomidorami, masłem lub tranem nikt się jeszcze nie zatruł, natomiast Vigantolem bardzo łatwo się otruć, jak słusznie mówi Stepp.

To samo, co mówiłem o witaminach, mogę powiedzieć i o zespołach soli mineralnych. W naszych pokarmach roślinnych mamy już gotowe zespoły wszystkich potrzebnych soli mineralnych w naturalnych ilościach i stosunkach, tj. w harmonijnych zespołach w stosunku do zapotrzebowań ustroju człowieka.

Pokarmy muszą wykazywać normalne zespoły soli mineralnych. Nowoczesna nauka żąda nadmiaru zasad w pożywieniu, żąda tej normalnej harmonii, zespołów mineralnych, jakie znajdujemy w tkance roślin i jej produktach. Przy spożywaniu pokarmów wprowadzamy do ustroju sole mineralne, jak żelazo, wapń, magnez, potas, sód, chlor, jod, mangan, fosfor, siarkę itd. Sole te wytwarzają odczyny zasadowe lub kwaśne. Jedząc nowoczesne denaturaty, jak mięso i białą mąkę, cukier, wytwarzamy kwaśne połączenia, które muszą być w ustroju zobojętnione.

Do tego potrzebujemy nadmiaru zasad, które znajdują się tylko w tkance roślinnej i w mleku. Badania Berga wykazały, że nadmiar zasad w pożywieniu zmniejsza zapotrzebowanie ustroju na białko o 1/8 w stosunku do pożywienia nie zawierającego tych zasad. Zapotrzebowanie na białko, przy niedoborze zasad jest dlatego zwiększone, że dla zobojętnienia powstających kwaśnych produktów zaatakowane zostaje samo białko, celem wytworzenia amoniaku. Zaś przy nadmiarze zasad wykorzystanie białka w ustroju jest maksymalne i przez to może być wprowadzone w małej ilości. Dalej, wiemy z ostatnich badań, że działanie witamin jest gorsze przy braku normalnych zespołów mineralnych w pokarmie. Przez sztuczną dysmineralizację pożywienia, tak przez dodawanie dużej ilości soli kuchennej, jak przez odlewanie jarzyn, gotowanie ziemniaków bez łupin, stwarzamy dysharmonię mineralną, mającą duży ujemny wpływ nie tylko na procesy redukcyjno-oksydacyjne komórki, ale i na całą gospodarkę wodną ustroju, co stwarza nieswoistą ogólną nieodporność na choroby.

Kwas fosforowy i siarkowy, jako produkt rozpadu białka, wymaga dużej ilości zasad dla zobojętnienia ich, w przeciwnym razie samo białko, jak już mówiłem, wytwarza amoniak, który jest silną zasadą. Czyli pożywienie musi zawsze posiadać znaczną przewagę nieorganicznych zasad, żeby zrównoważyć wprowadzone kwasy organiczne.

Przewaga zasad w pożywieniu nad kwasami powoduje:

1) lepsze spalanie w tkance, specjalnie odpadków, i przez to lepsze wykorzystanie pożywienia;

2) zmniejszenie powstawania odpadków;

3) ułatwienie wydzielania odpadków i przez to zmniejszenie nagromadzenia się ich w ustroju;

4) polepszenie czynności gruczołów i zwiększenie czynności wydzielniczych tychże;

5) przeciwdziałanie nagromadzeniu się wody w ustroju (Berg).

Tę naturalną harmonię ilości i wzajemnego stosunku witamin i soli mineralnych, nie mówiąc już o innych fermentach i profermentach, psujemy radykalnie z wielką szkodą dla zdrowia człowieka przez odnaturalnianie pożywienia:

1) przez wysokie ciepłoty: jak gotowanie, smażenie, sterylizowanie;

2) przez oczyszczanie chemiczne i mechaniczne (biała mąka, cukier, ryż, konserwy);

3) przez zdekompletowanie mineralne, jak odlewanie jarzyn, solenie, gotowanie ziemniaków bez łupin.

Przez spożywanie gotowanego pożywienia pozbawiamy się tych ważnych dla ustroju witamin, które ulegają zniszczeniu w ciepłocie powyżej 70°, a przez odlewanie wody z gotowanych jarzyn pozbawiamy się prócz tego prawie zupełnie również ważnych soli mineralnych, zawartych w jarzynach. W ostatnim wypadku przez dodawanie większej ilości soli kuchennej szkodzimy sobie potrójnie, bo:

1) zabijamy przez gotowanie witaminy,

2) pozbywamy się przez odlewanie wody jarzynowej naturalnych soli mineralnych,

3) odlane, potrzebne ustrojowi sole mineralne, zastępujemy solą kuchenną, która w dużych ilościach działa bardzo ujemnie, stwarzając gotowość komórki do stanów zapalnych przez zakłócenie równowagi mineralnej i zakłócenie gospodarki wodnej w ustroju. Przez to samo rozstrzyga się już zagadnienie zakwaszania i odkwaszania ustroju. Reasumując: denaturujemy pokarmy przez nadmierne ogrzewanie (gotowanie, smażenie, duszenie, sterylizowanie), przez odlewanie jarzyn, przez gotowanie ziemniaków bez łupin i przez dodawanie większej ilości soli kuchennej.

Dalej, denaturujemy przez chemiczno-mechaniczne oczyszczanie pokarmów, jak ziarna (biała mąka), ryżu, cukru.

W pogoni za złudą otrzymania czystego, chemicznego ciała, jak najlepiej trawionego i nie dającego żadnych odpadków, popełniamy karygodny błąd, w stosunku do ustroju człowieka. Przy oczyszczaniu ziarna, aż do białej mąki, otrzymujemy czysty, biologicznie bezwartościowy krochmal, pozbawiony wysoko wartościowego białka, soli mineralnych i witaminy B, które znajdują się w usuniętych częściach łuski i zarodku ziarna (Scheunert).

Te wysoko wartościowe otręby, niektórzy z autorów w zupełnym niezrozumieniu sprawy, radzą odrzucać, jako pokarm dla zwierząt, opierając się na twierdzeniu, że łuski owocowa i nasienna ziarna, zupełnie są niestrawne dla człowieka, że zarodek pozostawiony w mące jest niepotrzebny, bo utrudnia przemiał ziarna, i że zaczyny w kiełku powodują szybkie psucie się mąki (Szulc).

Tymczasem doświadczenia Hindhede'a wykazują jednak niezbicie, że otręby zbożowe zostają przez człowieka prawie tak samo strawione, jak przez nierogaciznę.

Johansson podaje, że otręby zbożowe zostają przez człowieka trawione w 59—64%. Poza tym ilość lizyny, tak wartościowego aminokwasu w białku łuski zboża, jest dziesięciokrotnie większa, niż w ciałku mącznym. Zwiększenie zaś ilości kału przy otrębach jest tylko rzeczą pożądaną, ze względu na wybitnie dodatni wpływ na wytwarzanie się ruchów robaczkowych jelit, co przeciwdziała nagminnie i wszechwładnie w miastach panującemu zaparciu, i niedopuszcza do samozatrucia przy dłuższym zatrzymywaniu się kału w jelitach.

Noorden też twierdzi, że otręby zboża są konieczne dla uodpornienia jelita przeciwko błędom dietetycznym i że najczęściej choroby jelit widzi się u ludzi za młodu przyzwyczajonych do białego pieczywa. Jednak na jedną z najważniejszych cech otrąb wskazał już Hufeland, mianowicie na znamienny wpływ grubej, bogatej w otręby i celulozę diety na uzębienie, na wydzielanie się śliny i przez to na pierwszy etap trawienia w jamie ustnej. Zaoszczędzanie pracy zębom, przez spożywanie pokarmów miękkich i łatwo rozpuszczalnych, prowadzi niechybnie do zwyrodnienia wskutek bezczynności, nie tylko zębów, szczęk, ale i całego aparatu trawiennego, z gruczołami włącznie. Wszyscy nowocześni badacze przyznają jednogłośnie, że fatalny stan obecnego uzębienia polega na demineralizacji ustroju, wspólnie z niedostateczną pracą zębów.

Odciążenie zaś aparatu trawiennego przez lekko strawne pożywienie, sprzeczne z zasadą wzmacniania i regulowania przez pracę, prowadzi do plagi naszych czasów — zaparcia i wypływających z tego skutków.

Co do witaminy B, znajdującej się w kiełku i łusce ziarna, to jej nieobecność w białym pieczywie odbić się musi fatalnie na zdrowiu ludzkim. Chociaż niektórzy autorowie, jak Szulc, są zdania, że „Chleb żytni, nawet z całego ziarna, zawiera niewielkie ilości witaminy B", i że „awitaminoza B w naszych warunkach żywienia zdaje się nam nie zagrażać", to jednak nowsze badania wykazały, że dzienne zapotrzebowanie człowieka na witaminę B wynosi podług Junga (Bazylea) i Van Veena (Holandia) około 375 międzynarodowych jednostek witaminy B_1, a podług Cowgilla, jako też według Burneta i Aykroyda 300 międzynarodowych jednostek, i że wskutek tego, przy spożywaniu białego chleba i przy niejedzeniu jarzyn lub owoców, może bardzo łatwo wystąpić niedobór witaminy B.

Scheunert (Lipsk) w swoim zestawieniu dla chleba z pszennej mąki podaje tabelkę, w której dzienne zapotrzebowanie człowieka na witaminę B (300 międzynarodowych jednostek) mieści się w:

280	g	pszennego	chleba	w	94%	wymiale,
350	g	pszennego	chleba	w	82%	wymiale,
600	g	pszennego	chleba	w	74%	wymiale,
1500	g	pszennego	chleba	w	60%	wymiale.

A ponieważ, mówi dalej Scheunert, w dużych miastach nie można liczyć na głowę więcej, niż 300 do 400 g chleba, to tylko 94% i 82% wymiał może zadość uczynić potrzebom ustroju. Zwykły chleb pytlowy i pieczywo białe już nie wystarczają zupełnie i żeby zastąpić niedobór witaminy B tych ostatnich trzeba by szukać tej witaminy w innych pokarmach.

Zaś przy niższej konsumcji chleba, niż 300 g dziennie, obniża się gwałtownie ilość witaminy B, tym bardziej, że szukając witaminy B gdzie indziej, np. w jarzynach, możemy nie wyrów-

nać niedoboru, bo 100 g jarzyn, ziemniaków lub jarzyn strączkowych odpowiada tylko 30—60 międzynarodowym jednostkom witaminy B_1 (Scheunert). Tego samego zdania jest Müller, jak i większość autorów niemieckich.

Jak doniosłe znaczenie ma w tym oświetleniu używanie produktów z białej mąki, pozbawionych witaminy B, białka i soli mineralnych ziarna w higienie odżywiania, widoczne jest jeszcze z tego, że mąka i pieczywo stanowi 40,8% (Rubner) całej dziennej racji przeciętnego człowieka, nawet przeszło 50% racji żołnierza, jak podaje Szulc.

To samo można powiedzieć o ryżu.

Zagadnienie ryżowe na szczęście u nas nie jest tak aktualne, jak np. na Wschodzie, gdzie setki milionów ludzi odżywiają się wyłącznie ryżem, i gdzie wskutek łuszczenia ryżu, nagminnie panowała choroba Beri-Beri, awitaminoza B.

Oczyszczanie i bielenie cukru pozbawia go również czynników biologicznych i sprowadza go do roli biologicznie jałowych chemicznych koncentratów, bez witamin i soli mineralnych.

Drugim żądaniem nowoczesnej nauki o odżywianiu jest ograniczenie do minimum białka zwierzęcego.

Co do dziennej ilości białka w pożywieniu, jest obecnie mniej więcej pewna zgodność. Stare normy Voita, 118 g, zostały zmniejszone przeciętnie do 70 g dziennie. Chociaż niektórzy autorzy, jak: Bircher, Benner, Hindhede, Chittenden, Roose twierdzą, że 25 do 30 g białka zupełnie wystarcza do równowagi azotowej u pracownika fizycznego, to jednak większość badaczy jest za podawaniem białka w ilości przekraczającej minimum. Komisja fizjologów w Londynie w 1935 roku określa, że dzienna ilość białka nie powinna wynosić mniej, niż 1 g na 1 kg wagi ciała.

Czy białko pokarmowe powinno być pobierane ze świata zwierzęcego, czy też roślinnego, panują jeszcze duże różnice zdań.

Jedni są zdania, żeby używać białka przeważnie roślinnego pochodzenia, opierając się na tym: że mięso zakwasza, podnieca przemianę materii, przeciąża ją i zatruwa produktami przemiany białkowej, i że białko mięsa w tej postaci, w jakiej się je spożywa, nie jest pełnowartościowym białkiem, tylko jałowym koncentratem, bo jest po śmierci zwierzęcia:

1) wykrwawione,

2) przechodzi różne chemiczne pośmiertne procesy rozpadowe,

3) przez procesy przygotowawcze w kuchni do reszty się denaturuje.

Zwierzęta mięsożerne jedzą tylko świeże niewykrwawione mięso i to tylko w połączeniu z krwią, narządami brzucha oraz kośćmi.

Druga część autorów jest zdania, że białko pożywienia w 50% powinno być pochodzenia zwierzęcego, opierając swe zdanie na tradycji, na jakoby nieomylnym instynkcie człowieka, na pełnej wartościowości zwierzęcego białka i na niepełnej wartościowości białka roślinnego, później na tym, że mięso daje siłę, że Eskimosi tylko się odżywiają białkiem zwierzęcym itd.

Nawet Noorden w swoim czasie powiedział, że w historii każdy naród silny i przeważający (*Herrenvolk)* zawsze spożywał duże ilości mięsa. Myślał tutaj o klasach panujących. Co do instynktu, to muszę stwierdzić, że człowiek cywilizowany instynktu zupełnie nie posiada. Instynkt posiadają albo tylko ludzie dzicy, nie posiadający kontaktu z cywilizacją, albo dzikie zwierzęta, żyjące na swobodzie. Jako przykład tego braku instynktu, służy zakładanie łuszczarni ryżu w państwie cywilizowanym i karmienie obywateli tym łuszczonym ryżem za drogie pieniądze, nie zwracając najmniej uwagi na postęp nauki i na miliony trupów, zmarłych na Wschodzie wskutek choroby Beri-Beri.

Obiektywnie patrząc, sprawa białka przedstawia się następująco: należy odróżniać białko pełnowartościowe i niepełnowartościowe. Wartościowanie to zależy od obecności wszystkich niezbędnych kwasów aminowych, których jest około 20. Pełnowartościowym białkiem jest białko, posiadające cystynę, lizynę, histydynę, tryptofan, tyrozynę, fenylalaninę, prolinę, oksyprolinę itd.

Jednak nie tylko obecność tych aminokwasów w danym białku jest rzeczą konieczną, lecz ważne są ich ilości oraz sposób łączenia się między sobą przy chłonieniu (Bickel). Pełnowartościowe białko, jak wykazały ostatnie badania, znajduje się oprócz w mięsie i jajach, w ziemniakach, mleku, serze, orzechach, ziarnie zboża, specjalnie w grochu, soi.

Jak z tego widać, spożywanie białka zwierzęcego w postaci mięsa nie jest koniecznością. Można go, już nie mówiąc trzeba, zastąpić białkiem roślinnym z dodatkiem małej ilości mleka i sera. Z drugiej strony białko zwierzęce wykazuje w przemianie materii same cechy ujemne. Przy przebudowie białka w ustroju powstaje pewna ilość odpadków azotowych, które wydzielają się z moczem. Przeciążenie zaś pracy wątroby nadmiarem spożytego białka wywołuje niewydolność wątroby w rozszczepianiu i odtruwaniu, i przez to samo zatrucie białkiem, przez zatrzymanie się i odkładanie w ustroju odpadków azotowych.

Również wiemy, że nadmiar białka podnieca i obarcza coraz więcej spalanie ustroju wskutek swoisto-dynamicznego działania białka, szczególnie u ludzi pobudliwych, i powoduje nieprawidłowe przyswajanie białka, wyrażające się w postaci nadwrażliwości (anafilaksji).

Białko zwierzęce przyczynia się w znacznej mierze do zakwaszenia ustroju kwaśnymi połączeniami siarkowymi i fosforowymi oraz innymi kwaśnymi połączeniami. Przy utlenianiu znajdującej się w mięsie siarki powstaje kwas siarkowy, który musi być zobojętniony. To zobojętnianie wymaga dużego zasobu zasad, których jest za mało w mieszanym normalnym pożywieniu (mięso, jaja, ryby, masło, mąka, cukier).

Te zasady mogą być pobierane tylko z owoców, jarzyn, ziemniaków i mleka.

Wiemy dalej, że nadmiar białka zwierzęcego wywołuje samozatrucie przez ciała gnilne białka w jelitach, wskutek wtórnej niewydolności narządów odtruwających, jak ściana jelita, wątroba i płuca. Baumgartel przy systematycznych badaniach kału stwierdził, że zawartość jelit u noworodka jest zupełnie jałowa. Kał niemowlęcia przy odżywianiu piersią zawiera czystą hodowlę bakteryj kwasu mlekowego.

Bakterie gnilne, które występują przy odżywianiu się mięsem, rozszczepiają białko mięsne lub jego produkty rozpadu, tworząc jednostki silnie trujące, jak indol i skatol, z tryptofanu, fenol i p-krezol z tyrozyny, kwas p-oksyfenylo-propionowy, kwas indolo-octowy, siarkowodór, aminy, amoniak oraz produkty rozpadu białka o dużej drobinie (Becher). Nawet pałeczki okrężnicy, które zaliczamy do grupy bakteryj kwasu mlekowego, wytwarzają z aminokwasów trucizny ustrojowe, ale tylko wtedy, kiedy nie znajdują dostatecznej ilości cukrów. Przy dostatecznej ilości węglowodanów pałeczki okrężnicy wytwarzają duże ilości organicznych kwasów i przeciwdziałają procesom gnilnym (Baumgartel).

W kale człowieka, odżywiającego się wyłącznie surówkami, nie ma wcale *bacterium coli,* natomiast są drobnoustroje czysto kwasotwórcze (w moczu i kale brak indolu i skatolu). W kale jaroszów jest normalna flora (*bacterium coli* i streptokoki kiszkowe). W moczu i kale ślady indolu i skatolu.

Przy diecie mieszanej, obfitującej w węglowodany, flora bakteryjna jest, jak u jaroszów (w moczu i kale indol i skatol występują wyraźnie). Przy diecie obfitej w mięso, kał paciorkowców kiszkowych już nie wykazuje, natomiast bardzo dużą ilość *bacterium coli*, które już przyjmują nietypowe właściwości: mianowicie zatracają możność rozszczepiania węglowodanów, szczególniej tworzenia kwasu mlekowego z cukru mlekowego. W takich warunkach występują różne drobnoustroje gnilne, między którymi przeważa *bacterium vulgare (proteus)* silnie wytwarzające indol i skatol (Baumgartel). Przy niewielkiej ilości zwierzęcego białka, jak na przykład w diecie mieszanej, obfitującej w węglowodany i surówki, narządy odtruwające (jelito, wątroba, płuca i skóra) dają sobie jeszcze radę z powyższym truciznami. Przy większym i stałym zaś obarczeniu mięsem, dochodzi z biegiem czasu do niewydolności powyższych narządów, ponieważ mają one tylko pewną rozpiętość czynności. Przyczynia się tutaj również niedobór witaminowy, który pogarsza czynność przewodu pokarmowego oraz zaparcie, spowodowane dietą ubogą w drzewnik. Dalej wiemy, że dieta bogata w białko (mięso) wskutek swojej jednostronności, prócz niedoboru witaminowego wykazuje niedobór mineralnych składników (demineralizacja), bez których, jak wiadomo, działanie witamin, choćby podanych w dostatecznej ilości jest nie wystarczające (Stepp). Dieta bogata w białko ponadto prowadzi zawsze do nadużywania alkoholu, tytoniu, soli i do przekarmiania się, z wszystkimi następstwami. Niedostateczna ilość witaminy B, np. wpływa na zaburzenia resorbcji jelitowej, przy której trucizny wywołujące zapalenie stawów zostają wchłonięte z jelita (Stepp, Oefelein).

Objawy samozatrucia produktami rozpadu białkowego są: osłabienie, poty, bóle głowy, objawy nerwowe (jak drażliwość, niechęć do pracy, depresje), żółto-brązowe zabarwienie skóry, specjalnie twarzy (Gutzeit). Nawet, jak stwierdził Fischer i Becher, trucizny kiszkowe są składane w narządach wewnętrznych, szczególniej w wątrobie. Dok. nast.

Dr Emil WISCHNOWITZER Kraków

Nadciśnienie tętnicze

(Problemy etiologii, kliniki i leczenia)

Skoro mówię o nadciśnieniu tętniczym, to mam na myśli tzw. nadciśnienie samoistne (*hypertonia essentionalis)*, więc tę grupę chorych z nadciśnieniem, gdzie dokładne badanie nie wykazuje zmian w nerkach. Do niedawna jeszcze niektórzy badacze, zwłaszcza Romberg, twierdzili, że nerki odgrywają zasadniczą rolę w powstaniu tego nadciśnienia. Dziś już prawie nikt tak nie myśli, a zmiany w nerkach uważa się za wtórne. Co więcej, niektórzy autorowie, np. Kylin, lekceważą znaczenie nerek w powstaniu niektórych postaci nadciśnienia, w których do niedawna znaczenie nerek było zasadnicze, np. nadciśnienie przy zapaleniu nerek, czy miażdżycy naczyń nerkowych, lecz mówią o nadciśnieniu z równoczesnym schorzeniem nerek, które wpływa na obraz chorobowy, jednak nie jest przyczyną nadciśnienia. Opierają się między innymi na stwierdzonych faktach, że nadciśnienie i inne zmiany, np. dna oka, niejednokrotnie wyprzedzają zapalenie nerek kłębuszkowe. Co więcej, jak wszyscy obecnie wiemy, istnieją przypadki zapalenia nerek bez zmian w moczu. Nie ulega jednak wątpliwości, że powyższe dowody są jeszcze nie wystarczające.

W nadciśnieniu tętniczym samoistnym udział nerek jest bez znaczenia, a zmiany w nerkach są następstwem nadciśnienia. Jednak te wtórne zmiany nerek mogą w późniejszym przebiegu choroby uzyskać zasadnicze znaczenie.

Nadciśnienie samoistne nie ma nic wspólnego z miażdżycą naczyń, ani wielkich, jak tętnicy głównej, ani obwodowych, która przebiega bez wzmożenia lub z nieznacznym wzmożeniem ciśnienia. Wyjaśnia to przykład, jeśli do wodociągu dołączymy dren gumowy i teraz w pewnym miejscu będziemy dren zaciskać, to manometr wykaże zwiększenie ciśnienia przed przeszkodą, a obniżenie poniżej przeszkody, a nie przeciwnie, jak musiało by być, gdyby miażdżyca naczyń ośrodkowych miała prowadzić do nadciśnienia, podobnie ma się sprawa z miażdżycą naczyń obwodowych, mamy też na to dowody z klinik: zwężenie tętnicy głównej nie prowadzi do nadciśnienia. Podobnie ma się rzecz z tętnicami średnimi, gdyż tam, gdzie poniżej koryto naczyniowe rozszerza się, nie ma nadciśnienia. Dłużej zatrzymałem się nad tą kwestią tylko dlatego, gdyż jeszcze ciągle pokutuje dawny pogląd, że nadciśnienie jest równoznaczne z miażdżycą naczyń. Dokładne badania wykazały, że nawet mimo wieloletniego istnienia nadciśnienia, można przy sekcji nie stwierdzić zmian miażdżycowych. Dłużej trwające nadciśnienie prowadzi natomiast do miażdżycy, natomiast miażdżyca, np. w nerkach może przebiegać bez nadciśnienia. Że samo tylko krążenie nerkowe nie ma zasadniczego znaczenia dla powstania nadciśnienia, o tym świadczą również te przypadki nerek torbielowatych, gdzie mimo upośledzenia krążenia nie powstaje nadciśnienie.

Druga rzecz, którą chciałbym podkreślić jest ta, że obniżenie ciśnienia lub jego powrót do normy, jeżeli przyczyną nie jest niedomoga serca, wcale nie jest niebezpieczne, żadna szkoda dla chorego nie wynika przez obniżenie się podwyższonego ciśnienia do normy. Obawa, którą dawniej wyrażano, opierała się na łączeniu miażdżycy z nadciśnieniem. Dążenie do obniżenia ciśnienia jest zasadnicze, tylko osiągnięcie obniżenia jest trudne.

Warunkiem powstania nadciśnienia jest rozległe zwężenie koryta naczyniowego, chodzi o zmienione toniczne zachowanie się naczyń przedwłośniczkowych. Ten warunek ogólny obowiązuje dla każdego długotrwałego nadciśnienia, więc nie tylko samoistnego, ale i też nerkowego, przy którym mamy do czynienia nie tylko ze zmianami naczyń kłębka, ale i naczyń całego ustroju, w powstaniu których podnosi się zmienione alergiczne oddziaływanie. Przy nadciśnieniu samoistnym mamy do czynienia ze skurczami mięśni gładkich, naczyń przedwłośniczkowych. Hipertonia wg Pala jest wzmożonym napięciem mięśni naczyń przedwłośniczkowych, a hipertensja jest napięciem ścian wielkich naczyń, przy czym hipertensja, tj. nadciśnienie jest następstwem hipertonii. Bez hipertonii nie ma hipertensji, lecz istnieje hipertonia bez nadciśnienia. W ostatnich miesiącach wystąpili Böger i Weltzel z twierdzeniem, że w mechanizmie powstania nadciśnienia zasadniczą rolę odgrywa nie skurcz mięśni gładkich naczyń, lecz i ich osłabienie, więc i osłabienie przeciwdziałania włóknom sprężystym.

Etiologia nadciśnienia samoistnego jest w dzisiejszym ujęciu wieloraka. Należy podkreślić, że w pewnych rodzinach nadciśnienie występuje znacznie częściej i że się dziedziczy. Posiadamy obecnie już drzewa genealogiczne, obejmujące 3 generacje, gdzie nadciśnienie jest cechą przeważającą; dlatego tylko trzy, gdyż dopiero od 1910 r. rozwinęła się nauka o nadciśnieniu samoistnym i mierzeniu ciśnienia krwi w ogóle. Na pierwszym miejscu stoi przyczyna centralna. Mówiąc o nadciśnieniu mózgowym centralnym, mam przede wszystkim na myśli zaburzenia przysadki mózgowej i ośrodków dna III komory, głównie *hypothalamus* oraz ośrodki rdzenia przedłużonego. Według Raaba centralne zaburzenie jest zasadnicze przy powstaniu obwodowego zwężenia koryta naczyniowego.

Obecnie przysadka mózgowa jest źródłem zainteresowania badaczy, zajmujących się nadciśnieniem tętniczym. Stwierdzono anatomicznie wzmożenie ilości komórek bazofilnych, jednak to wzmożenie ilości komórek bazofilnych pojawia się też bez nadciśnienia. Na znaczenie przysadki mózgowej zwraca również uwagę wpływ, jaki wywiera na ciśnienie hormon jej, wazopresyna. Dalej, ścisły związek, jaki zachodzi między przysadką a rozmaitymi sprawami chorobowymi, przebiegającymi z nadciśnieniem jak akromegalia, czy choroba Cushinga. Jako centralne przyczyny uchodzą również podniesienia ciśnienia krwi przy stanach podniecenia psychicznego, jak radość i lęk, ból, naturalnie jako odruchy za pośrednictwem kory mózgowej. Dalej stopniowo rozwijające się nadciśnienie po przebyciu *encephalitis* lub po urazach czaszki, przypadki z kiłą mózgowo-rdzeniową (ustępujące po leczeniu przeciwkiłowym). W podobny sposób powstaje nadciśnienie przy wzmożonym ciśnieniu śródczaszkowym wskutek guza czy *hydrocephalus*, dalej przy zatruciach tlenkiem węgla. Opisano również nadciśnienie u osobników, którzy przebyli chorobę Heine-Medina. Doświadczalnie otrzymano podniesienia ciśnienia krwi długotrwałe, gdyż takie tylko można wziąć pod uwagę, po wstrzyknięciu kaoliny do *cysterna cerebellomedullaris*, dalej w przebiegu uczulenia ciałami białkowymi. Niektórzy autorowie uważają też za centralne — podniesienie ciśnienia w przypadkach płonicy, przebiegających bez zmian w nerkach. W myśl etiologii centralno-humoralnej miałyby centra mózgowe być uczulone na CO_2 przez wydzielinę przysadki.

Co się zaś tyczy samego bezwodnika węglowego, to pierwszy Eppinger zwrócił uwagę na to, że zwiększona ilość bezwodnika we krwi prowadzi do zwiększenia objętości minutowej i do podwyższenia ciśnienia krwi. To tzw. nadciśnienie zastoinowe, którego znaczenie podniósł Sahli, znika po podaniu naparstnicy i nie ma znaczenia przy powstaniu samoistnego nadciśnienia. Również bez znaczenia jest większa ilość krwi, tzw. *plethora*, gdyż prawdziwa *plethora* przebiega bez podwyższenia ciśnienia krwi (nie mówię tu naturalnie o postaci opisanej przez Geisböcka). Wiemy również, że upust krwi, jeśli w ogóle obniża ciśnienie krwi, to tylko na bardzo krótki przeciąg czasu, a picie olbrzymich ilości płynów przy *diabetes insipidus* nie podnosi ciśnienia krwi. Nie ma też wpływu większa lepkość krwi.

Spośród gruczołów dokrewnych ma wielkie znaczenie poza przysadką nadnercze, jak to widzimy np. w przebiegu choroby Cushinga, której patogeneza jest niejednolita i część autorów podnosi przede wszystkim rolę nadnerczy. Dalej, nadciśnienie w przebiegu guzów nadnerczy zarówno rdzenia, jak i kory. Znaczenie adrenaliny, czyli istnienie trwałej hiperadrenalinemii nie jest pewne. Stany nadczynności gruczołu tarczykowego przebiegają często ze wzmożonym ciśnieniem krwi. Wielki wpływ mają też hormony jajników, mam tu na myśli nadciśnienie w okresie klimakterycznym, choć w tych przypadkach znaczenie ma korelacja z przysadką. Oprócz hormonów przyjmuje się rolę i innych ciał chemicznych w powstaniu nadciśnienia; mnożą się ciągle doniesienia piśmiennictwa o nowych wyciągach, podnoszących ciśnienie krwi począwszy od albumoz i peptonów do acetylocholiny, histaminy, adenozyny i tyraminy, która ma zasadnicze znaczenie w tworzeniu adrenaliny. Takie ciała muszą jednak podnosić ciśnienie nie tylko chwilowo, ale przez dłuższy czas, by można je brać pod uwagę jako przyczynę nadciśnienia samoistnego. Cholesterol zdaje się nie ma większego znaczenia, pomijając zmiany, uzyskane u zwierząt roślinożernych. Wiemy z patologii, że większości chorób przebiegających z hipercholesterolemią (zwłaszcza niektórym schorzeniom wątroby), nie towarzyszy podwyższone ciśnienie krwi. We Francji jest jednak obecnie sprawa ta bardzo modna, oznacza się u chorych zawartość wolnego i związanego cholesterolu w surowicy krwi, przy tym nie stosuje się przeważnie diety bezcholesterynowej przed oznaczaniem, co ma olbrzymie znaczenie w otrzymaniu miarodajnych wyników. Dieta bezcholesterynowa zaczyna się rozpowszechniać, choć jest na razie jeszcze niezupełnie ściśle przeprowadzana, np. lekarze wiedeńscy wyłączają tylko jaja z pożywienia. Gdyby praktyka potwierdziła przewidywania, to miałoby to bardzo wielki wpływ, gdyż wiemy np., że jaja są zasadniczym pożywieniem ludzi starszych z miażdżycą.

Wspomniałem już przedtem, że obniżenie podwyższonego ciśnienia do normy jest korzystne dla chorego i że nie pociąga za sobą ujemnych następstw, chciałbym teraz podkreślić, że to

stosuje się tylko do hipertonii samoistnej, gdyż przy innych schorzeniach, czy to przy miażdżycy, czy sprawach nerkowych podwyższenie ciśnienia ma znaczenie zasadnicze, jest konieczne, mówi się o *Erfodernisss* lub *Bedarfshochdruck*. W prawidłowych warunkach ustrój przy pomocy nerwów naczyniowo-ruchowych reguluje rozdział krwi w różnych narządach, otóż jeżeli weźmiemy jako przykład miażdżycę ogólną naczyń wielu narządów, to przy miażdżycy naczyń wieńcowych serca z punktu widzenia teleologicznego, podwyższenie ciśnienia krwi jest konieczne dla dostatecznego ukrwienia mięśnia sercowego, obniżenie ciśnienia daje zaburzenia. W przebiegu marskości nerek, jeśli z powodu niedomogi serca opada ciśnienie krwi, przychodzi niejednokrotnie do mocznicy, dotychczasowe wysokie ciśnienie miało znaczenie regulacyjne, jako ciśnienie filtracyjne przy tworzeniu moczu, obniżenie ciśnienia sprowadziło niedostateczne wydalanie, więc mocznicę. Wiemy z doświadczenia klinicznego, że jeśli potrafimy przy pomocy naparstnicy poprawić stan serca tych chorych, wówczas i stan nerek poprawia się. Ale to dotyczy wyłącznie chorych z nefrosklerozą i to daleko posuniętą, przy *hypertonia essentionalis*, przy początkowej nefrosklerozie, przy przewlekłym zapaleniu nerek musimy przede wszystkim liczyć się z ujemnymi wpływami nadciśnienia. Przy n. samoistnym, musimy to nadciśnienie zwalczać, gdyż jest szkodliwe i nie ma żadnego celu wyrównawczego: dowodzą tego te nieliczne przypadki, gdzie pod wpływem naszego leczenia ciśnienie wróciło do normy bez ujemnego wpływu dla organizmu, dalej przypadki, w których obniżenie ciśnienia dokonało się pod wpływem apopleksji, urazów czaszki, chorób gorączkowych, wreszcie zakrzepu tętnicy wieńcowej serca. Dzięki nowszym spostrzeżeniom, najpierw elektrokardiograficznym, a potem klinicznym, rozpoznanie zakrzepu tętnic wieńcowych serca lub zatoru stało się bardzo precyzyjne, wiemy, że jednym z zasadniczych objawów jest obniżenie ciśnienia krwi, otóż jest wiele przypadków znanych z piśmiennictwa, gdzie wskutek zakrzepu tętnicy wieńcowej, ciśnienie obniża się z 200 mm na 140, 150 i lata utrzymuje na tym poziomie, mimo że nie ma, i to podkreślam, objawów niedomogi mięśnia sercowego.

Nie mam zamiaru zajmować się dokładniej kliniką nadciśnienia, chciałbym jedynie wspomnieć o niektórych rzeczach: mianowicie, że jednorazowe mierzenie ciśnienia krwi nie wystarcza do poznania ciśnienia danego osobnika, dalej, że mankiet aparatu musi być dostatecznie szeroki, to ma zwłaszcza znaczenie przy badaniu chorych otyłych, gdyż wydostawanie się części gumowej mansetu jest przyczyną uzyskiwania wyższych wartości. Chciałbym też podkreślić znaczenie tzw. luki osłuchowej. Przy mierzeniu sposobem Korotkowa, możemy w pewnej chwili nie słyszeć tonów, przez co otrzymujemy niższe wartości ciśnienia. Z tej też przyczyny, gdy przypuszczamy podwyższone ciśnienie, musimy kontrolować metodę Korotkowa metodą palpacyjną. Kto przyzwyczaił się na oddziałach szpitalnych lub klinicznych mierzyć ciśnienie krwi zawsze rano, kto uważa, np. u osobników 50-letnich, ciśnienie 150 mm Hg za prawidłowe, zwłaszcza jeśli chory był przedtem hipotonikiem, ten niejednokrotnie nie rozpozna nadciśnienia samoistnego. Musimy pamiętać o tym, że ciśnienie 160 mm Hg u 60-letniego osobnika jest nadciśnieniem, gdyż u osobników starszych normalnie ciśnienie jest niższe. W ostatnich czasach podnosi się słusznie znaczenie tzw. utajonego nadciśnienia, gdzie tylko w pewnych okolicznościach ciśnienie wzrasta i podnosi się, że niejednokrotnie dokładna anamneza ma w rozpoznaniu nadciśnienia większe znaczenie, niż mierzenie ciśnienia krwi. Co do ciśnienia rozkurczowego, to, gdy nie ma innej przyczyny, np. niedomykalności zastawek tętnicy głównej, czy hipertyreozy, przemawia niskie ciśnienie rozkurczowe raczej za nadciśnieniem labilnym, podczas gdy ciśnienie przekraczające wybitnie 100 mm Hg świadczy o ustalonym nadciśnieniu. Wysokość więc ciśnienia rozkurczowego ma znaczenie prognostyczne. Obecnie w klinice dla dokładnego uchwycenia wahań ciśnienia stosuje się sposób Langego, trwałego mierzenia ciśnienia.

Ogólna ilość hipertoników nie mających dolegliwości, przy zbieraniu dokładnych wywiadów i przy znajomości wszystkich objawów utajonego nadciśnienia, okazuje się znikomo mała. Jednak przy lekceważeniu tych objawów, przy braku dokładności, uchodzi wielka ilość chorych za neurasteników, za nerwicę serca, cefalalgię, gościec, *lumbago, ischias, omarthrosis*, „naczynioruchową dusznicę bolesną" i in.

W przebiegu klinicznym nadciśnienia odróżniamy 3 okresy: pierwszy okres, raczej pierwszy akt dramatu hipertonii, tzw. labilne nadciśnienie cechuje się wielkimi wahaniami ciśnienia krwi, jest często przez chorych niespostrzegane lub lekceważone, dolegliwości są przejściowe, przeważnie natury nerwowej, połączone z chwiejnością nastroju. Ten okres wcześnie rozpoznany, pozwala przy zastosowaniu leczenia bardzo często dobrze rokować.

Drugi okres nadciśnienia ustalonego, w którym niejednokrotnie przychodzi też do wtórnych zmian arteriolo- i aterosklerotycznych, poziom ciśnienia krwi jest wysoki i stały, nie obniża się w niektórych przypadkach nawet w czasie snu, ani pod wpływem nitrogliceryny. A często pod wpływem różnych czynników przychodzi do przejściowych podniesień ciśnienia ponad stały poziom lub też wzmożenie napięcia obejmuje tylko pewne rejony naczyniowe, jako tzw. kryzy, przełomy naczyniowe, odpowiadające chromaniu przestankowemu u koni. Wiemy, że konie wyścigowe (przed wyścigiem pobudzone winem szampańskim) nagle zawodzą, zaczynają kuleć z powodu bólów w kończynach wywołanych skurczami naczyniowymi. Na tym tle przychodzi podobnie u ludzi do przelotnych zaburzeń ukrwienia, czy to w krążeniu wieńcowym serca, czy to do zaburzeń w ukrwieniu mózgu, tzw. jąkanie się naczyń, do miejscowej ischemii i do przelotnych udarów apoplektycznych w postaci przelotnej hemiplegii, hemianopsji, afazji itp. Takie przypadki są niezwykle charakterystyczne, np. w czasie obiadu chory przestaje nagle jeść, przestaje mówić, pojawiają się ruchy w ręce, po chwili chory spostrzega, że stracił władzę w kończynie, zdenerwowany chce wstać od stołu, zdenerwowane otoczenie śpieszy mu na pomoc. Okazuje się, że porażona jest i dolna kończyna, kładzie się go do łóżka; chory zwykle usypia, po kilku godzinach np. gdy chce go się karmić i chce mu się pomóc unieść, okazuje się, że porażenie zupełnie ustąpiło. Że takie skurcze naczyniowe rzeczywiście się zdarzają, świadczą zatrucia: nikotyną i ołowiem. Zatrucie ołowiem po wprowadzeniu odpowiednich przepisów higienicznych, należy obecnie do rzadkości, obraz chorobowy tego zatrucia jest jednak dobrze znany i bardzo charakterystyczny, zwłaszcza tzw. *encephalopatia saturnina;* co do nikotyny, to np. Eppinger podał, że u żony lekarza, l. 27, która paliła około 60 papierosów dziennie, nagle wystąpiła hemiplegia, w takich przypadkach myśli się o kile, o embolii, nie ma jednak czasu na dłuższe myślenie, wstrzyknięcie odpowiedniego środka leczniczego, o czym będzie później mowa, który leczy w ciągu kilku minut porażenie.

W II akcie dramatu hipertonii również wysokie jest ciśnienie rozkurczowe. W tym okresie liczni chorzy nie mają żadnych dolegliwości. Chciałbym w tym miejscu podnieść znaczenie diagnostyczne niektórych objawów. U chorych z nadciśnieniem samoistnym, choć nie u wszystkich, po zwolnieniu ucisku mansetu nie następuje, jak normalnie, zaczerwienienie części obwodowych, ale przeciwnie, zblednięcie, które może utrzymywać się do 20 minut, jak to opisał Westfal. Zauważono, że pod wpływem ciepłej kąpieli kończyna może się nie zaczerwienić, lecz zblednąć, mamy więc do czynienia z paradoksalnym oddziaływaniem naczyń. Objawom tym przypisywano znaczenie w rozpoznaniu różnicowym, co jednak okazało się niesłuszne. Ciepła kąpiel wywołuje u ludzi zdrowych obniżenie ciśnienia, u wielu hipertoników przychodzi do podwyższenia. To tłumaczy nam podania chorych, że w ciepłych pomieszczeniach, w czasie dusznych dni lub w ciepłej kąpieli źle się czują. Warto wspomnieć, że około 60% hipertoników wykazuje dodatni objaw Leede'a. Wielkie znaczenie mają dla wczesnego rozpoznania objawy opisane przez okulistów Guista i Gunna, nie potrzebuję też dodawać, że przy nadciśnieniu bez zmian w nerkach, stwierdzamy niejednokrotnie tzw. dawniej *retinitis albuminurica*, dziś *angiospastica*, jako pierwszy objaw powikłań mózgowych. Kapilaroskopią stwierdzamy, że tylko część naczyń włoskowatych jest przy nadciśnieniu samoistnym wąska, podczas gdy przy nerkowym cała pętla jest skurczona, co tłumaczy też bladość chorych na nerki. W przebiegu nadciśnienia występują bardzo często krwotoki z rozszerzonych żylakowatych żył, krwawienia z pęcherza, hematometra i metroragie, krwotoki płucne i in. Twierdzenie, że nadciśnienie samoistne wyklucza gruźlicę płuc, nowotwory złośliwe i niedokrwistość złośliwą okazało się błędne. Dawniej wielką rolę odgrywało serce przy mięśniakach macicy *(Myomherz)*, dziś jednak wiemy, że chodzi tu o nadciśnienie, po usunięciu mięśniaków postać serca nie ulega zmianie, zostaje nadciśnienie. Obecnie ginekolog, który stwierdza u kobiety mięśniaka macicy, musi skierować chorą do internisty, podobnie każdy internista, po stwierdzeniu nadciśnienia samoistnego u kobiety, musi przeprowadzić badanie ginekologiczne, gdyż w olbrzymiej ilości przypadków te dwa schorzenia łącznie występują.

Stale podwyższony opór w naczyniach prowadzi do przerostu serca, głównie lewej komory, a potem do jej rozszerzenia. Chory wkracza stopniowo w III i ostatni okres niedomogi serca. W tym okresie, w pewnej części przypadków ciśnienie krwi obniża się, w innych jednak nie ulega zmianie, w tych przy-

padkach występują raczej na plan pierwszy objawy ze strony krążenia wieńcowego serca.

Śmierć chorych na nadciśnienie samoistne wg wielkich, kilkanaście tysięcy przypadków obejmujących statystyk amerykańskich i większych europejskich, np. ostatniej statystyki wiedeńskiej Poppera (około 2.500 przypadków) jest w największej ilości przypadków, bo w 40% spowodowana udarem mózgowym, drugie miejsce zajmuje niedomoga serca, około 20%, z kolei następuje dusznica bolesna, najmniejsza zaś ilość chorych umiera wskutek mocznicy.

Sprawa leczenia nadciśnienia samoistnego nie jest dotychczas rozwiązana, nie znając dokładnie etiologii nie możemy przeprowadzić leczenia etiologicznego. Wspomniane powyżej przypadki, w których po udarze mózgowym, po ciężkich sprawach septycznych, po urazach czaszki, podwyższone ciśnienie krwi na stałe wróciło do prawidłowych wartości, nie tylko bez szkody, ale z korzyścią dla organizmu, każą nam dążyć do obniżania ciśnienia krwi i dają dowody możliwości uzyskania wyniku. Nie ulega jednak wątpliwości, że w przypadkach ustalonego nadciśnienia, gdy dołączyły się już zmiany sklerotyczne w nerkach, czy mózgu, gdzie nadciśnienie stało się konieczne dla sprawnej czynności narządów, w tych warunkach lub też w przypadkach z niedomogą serca przez obniżenie ciśnienia możemy tylko zaszkodzić. Toteż musimy leczyć przede wszystkim przypadki nadciśnienia chwiejnego, więc wcześnie je rozpoznać i nie dopuścić do okresu nadciśnienia ustalonego. W przypadkach zaś o ustalonym nadciśnieniu zwalczać i zapobiegać okolicznościowym nadzwyczajnym wzniesieniom. Powrót w tych przypadkach do okresu poprzedniego, jeśli się daje osiągnąć, jest przez chorego nieprzyjemnie odczuwany, gdyż dolegliwości chorych w okresie nadciśnienia chwiejnego są większe. Jednak jeżeli dokładne badania przekonają nas, że brak wybitniejszych zmian sklerotycznych, to musimy dążyć do obniżenia ciśnienia. U chorych z niedomogą serca, zadanie nasze polega na przywróceniu wyrównania. Zanim przejdę do dokładnego omówienia leczenia, chciałbym jeszcze poruszyć kwestię zabiegów chirurgicznych u chorych z nadciśnieniem. W przypadkach ze sprawnym mięśniem sercowym zniesienie zabiegu operacyjnego byłoby nawet do pewnego stopnia łatwiejsze, niż u ludzi zdrowych, gdyż serce tych chorych jest przerosłe, więc silniejsze, a nadto podczas narkozy i zwłaszcza przy otwarciu jamy brzusznej ciśnienie opada, po operacji pobyt w łóżku, niedożywienie, również mają wpływ na obniżenie ciśnienia, zaś mięsień sercowy silniejszy, zwłaszcza przy obniżeniu ciśnienia, nie zawiedzie. Jednak skoro dołączy się zakażenie, zmienia się zupełnie postać rzeczy. W toksycznym porażeniu naczyń, zapad jest bardzo niebezpieczny, więcej, niż w osłabieniu mięśnia sercowego. Chirurdzy, którzy niedostatecznie oceniają dynamiczną całość systemu naczyń i serca, ciągle jeszcze badają chorych przed operacją na sprawność serca. Obawa przed operacją u chorych z nadciśnieniem jest przesadzona, dokładne jednak badanie i ostrożność konieczne.

Rozpoznanie nadciśnienia musi być tajemnicą lekarza i rodziny. W leczeniu na pierwszym miejscu należy postawić spokój, wypoczynek, łóżko. Doświadczenie kliniczne uczy, że po kilku dniach leżenia ciśnienie opada. Wiemy, że u osób należących do pewnych rodzin, już w młodym wieku (7—21 lat) nadmierna praca fizyczna lub sporty prowadzą do wystąpienia nadciśnienia. Chorym, którzy z różnych powodów nie chcą lub nie mogą spędzić kilka tygodni w łóżku, wystarcza często pozostanie w łóżku przez niedzielę. Wpływ wypoczynku jest tak wybitny, że o działaniu ciągle nowych środków przeciw nadciśnieniu polecanych nie możemy się przekonać, o ile przedtem nie zastosowano leczenia wypoczynkowego. Oprócz wypoczynku ma znaczenie zmiana otoczenia. Urlop, zrezygnowanie z urzędów honorowych, z męczącego życia towarzyskiego, zmiana podziału dnia, doby, sen, to są czynniki, które niejednokrotnie same wystarczają do wywołania spadku ciśnienia. Wpływ psychiczny lekarza odgrywa przy tym bardzo wielką rolę. To uspokojenie staramy się też sprowadzić przez środki lecznicze, zwłaszcza pochodne barbiturowe, podawane jednak nie, jak się to często spotyka, w homeopatycznych dawkach, dalej przez pochodne mocznikowe, jak bromural, adalina, które zresztą w doświadczeniu na zwierzętach okazują zdolność obniżania ciśnienia krwi, wreszcie przez brom, walerianę i in.

Dieta ma wielkie znaczenie w leczeniu nadciśnienia, choć naukowego uzasadnienia dotychczas nie posiadamy, ani dla diety bezmięsnej, ani bezsolnej, ani bezcholesterolowej. Stan chorych nie poprawia się, ani też nie pogarsza pod wpływem tych diet. Najlepsze jest postępowanie pośrednie, polegające przede wszystkim na ograniczeniu nadmiernego jedzenia, nadmiernej ilości płynów, ograniczenie zarówno soli, mięsa, jak i pokarmów zawierających cholesterol, wprowadzenie tygodni bezsolnych i dni ryżowo-jabłczanych. Zakaz alkoholu i nikotyny. Jakie w ogóle znaczenie ma dieta mięsna, czy wegetariańska dla powstania nadciśnienia, wykażą dopiero dokładne badania patologii geograficznej, stwierdzono np., że mnisi, którzy nie jedzą mięsa, nie cierpią na nadciśnienie. Wielkie znaczenie ma też uregulowanie stolca. Zmienia się naturalnie postępowanie dietetyczne przy wystąpieniu niedomogi krążenia lub nerek.

Mimo wszelkich teoretycznych kombinacyj, okazuje się w praktyce, że ciepłe kąpiele, jak i kąpiele kwasowęglowe raczej szkodzą. Nie jeden hipertonik, oczywiście ze sprawnym mięśniem sercowym czuje się o wiele lepiej w górach nie wyższych nad 1.000 m, niż w miejscach kąpielowych dla sercowo chorych. Również kąpiele radowe, jeśli są forsownie przeprowadzane, często prowadzą do niedomogi serca. Widzimy to często dosadnie w listach lekarzy kąpielowych. Posyłamy chorego z nadciśnieniem i ze sprawnym krążeniem do Krynicy, czy Iwonicza, radzimy mu, by więcej jak dwa razy w tygodniu się nie kąpał oraz, by nie pił zbyt dużo wody mineralnej. To samo piszemy lekarzowi zdrojowemu, mimo to, ani sam chory, ani lekarz nie przestrzegają tego, stosuje się intensywne leczenie lekarz donosi nam ku zdziwieniu, że udało mu się znacznie ciśnienie obniżyć, w dalszym jednak ciągu zaznacza, że wystąpiły jedynie nieznaczne obrzęki na kończynach. Najwyższy czas, żeby zmienić system postępowania w miejscach kąpielowych: chory na serce nie jest w stanie przetrzymać 21 kąpieli w ciągu 30 dni, 2 kąpiele kwasowęglowe w tygodniu w zupełności wystarczają. Miejsca kąpielowe nie mają na celu wyleczenia chorego z jego kilka lat trwającej choroby, lecz powinny przede wszystkim nauczyć, jak chory w ciągu reszty roku przy pracy zawodowej ma postępować, by podołać nerwowym wysiłkom w życiu: aby znaleźć czas na jedzenie, na spacer, wypoczynek itd. Powinniśmy również dążyć raczej do podziału urlopu na dwa razy do roku po 2 tygodnie, a nie raz w roku miesiąc.

Ze środków farmakologicznych, ani jod, ani związki rodanowe, ani sole litu, pochodne choliny, nie leczą nadciśnienia wpływają tylko korzystnie na objawy podmiotowe. Nie możemy też stosować azotynów, które wprawdzie obniżają ciśnienie krwi ale działają szkodliwie, gdyż mechanizm ich działania polega na wywoływaniu zapadu przez porażenie mięśni naczyniowych. Podobnie, jak przy leczeniu dusznicy bolesnej, coraz bardziej rozpowszechnia się nie tylko przekonanie, ale i postępowanie w myśl powiedzenia, że azotyny, nitrogliceryna są morfiną serca. Dziś w większości przyp. dusznicy bolesnej jesteśmy w stanie obejść się bez nitrogliceryny. Obecnie w leczeniu nadciśnienia wysuwają się na pierwsze miejsce teobromina, eufilina i kofeina w połączeniu z pochodnymi barbiturowymi. Przy klimakterycznych postaciach nadciśnienia otrzymujemy niejednokrotnie dobre wyniki przy pomocy przetworów jajnikowych. Coraz większe znaczenie osiągają obecnie przetwory jemioły, które, jak to wykazał Jarisch, obniżają rzeczywiście ciśnienie, musimy jednak rozporządzać dobrymi preparatami i stosować wielkie dawki. Przy zawrotach głowy i przy paroksysmalnych wzniesieniach ciśnienia, oprócz zupełnego spokoju wchodzi w rachubę upust krwi lub zastrzyki hipertonicznych roztworów glukozy. Upust krwi, mający w leczeniu nadciśnienia bardzo małe znaczenie, jest obecnie bardzo nadużywany. Organizm, jeśli mu się dokucza upustami, obniżać może ciśnienie obwodowe, utrzymuje jednak wysokie ciśnienie, potrzebne do zaopatrywania ważnych narządów. Otrzymane przez upust obniżenie ciśnienia, jeśli w ogóle powstaje, jest tylko krótkotrwałe. Toteż dziś przy stosowaniu upustu w przebiegu nadciśnienia samoistnego wymagamy ścisłych wskazań. Pierwsze wskazanie już wymieniłem, to są paroksysmalne wzniesienia ciśnienia, połączone z zawrotami głowy i udary apoplektyczne, wskazanie to jest dziś coraz bardziej ograniczane, drugim wskazaniem są: niedomoga serca, ze zbliżającym się napadem *asthma cardiale* oraz niedomoga nerek. Przy skurczach pewnych rejonów naczyniowych otrzymujemy doskonałe wyniki przez dożylne wstrzyknięcie eupaweryny.

W ostatnich czasach coraz większe znaczenie w leczeniu nadciśnienia samoistnego zyskują metody fizykalne i operacyjne. Z metod fizycznych wchodzą w rachubę 3: 1) diatermia nadnerczy, stosowana przez 1—2 godz. dziennie, 2) diatermia czaszki i 3) naświetlanie przysadki promieniami Roentgena, które opiera się na obecnych teoriach o roli przysadki w powstawaniu nadciśnienia. Wszystkie te sposoby dają w wielu, lecz nie we wszystkich przypadkach dobre wyniki. Sposoby te są zbyt mało wypróbowane, dawkowanie i rodzaj stosowania za mało opracowany, by móc o nich wydać opinię.

Leczenie operacyjne jest samo przez się zrozumiałe w przypadkach np. guzów nadnercza. Przez analogię próbowano wycinać części zdrowych nadnerczy. Jednak nie było zada-

walających wyników. Dzisiaj bardzo modną jest metoda przecięcia nerwów trzewnych, dotychczasowe wyniki są długotrwałe i dobre, widziałem takich chorych. Eppinger jest gorącym zwolennikiem tej metody, ilość jednak przypadków jest zbyt mała dla wyrobienia sobie istotnego obrazu.

Jeżeli przychodzi do objawów niedomogi mięśnia sercowego, podajemy jak zwykle przetwory naparstnicy, jednak pierwsze miejsce zajmuje strofantyna, ze względu na doskonałe działanie, możność dokładnego dawkowania, mniejsze kumulowanie, więc i mniejszą własność wywoływania nekroz w mięśniu sercowym, naturalnie, jeśli jest odpowiednio podawana. Dawki nie powinny przekraczać 0,1 do 0,2 mg, wstrzykiwanie w roztworze glukozy, czas wstrzykiwania nie krótszy, jak 3 minuty. Stosujemy naturalnie wszystkie inne sposoby, dobrze znane z leczenia niedomogi mięśnia sercowego. W przypadkach bardzo ciężkiej niedomogi, w połączeniu zwłaszcza z objawami stenokardialnymi, nie reagującej na strofantynę, otrzymujemy bardzo dobre wyniki przy pomocy tyreoktomii wg autorów amerykańskich Blumgarta i Levine'a.

Dr W. JANKOWSKI. St. Asyst. Kliniki Lwów

Powikłania wewnątrzczaszkowe zapalenia ucha środkowego

Z Kliniki Oto-Laryngologicznej U. J. K. we Lwowie
Dyrektor: Prof. dr Teofil Zalewski

Wykład wygłoszony na XV Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie, w dniu 5 lipca 1937 roku

Praca niniejsza usiłuje dać pogląd na całokształt powikłań wewnątrzczaszkowych. Oparta jest na materiale klinicznym w latach od 1925—1935 włącznie. Na 5.036 chorych, leczonych w tych latach na Klinice, było 970 chorych na zapalenie ucha środkowego, co stanowi około 19,3% ogółu chorych.

Wśród 970 chorych, ostrych zapaleń ucha środkowego było 441, przewlekłych 529.

Powikłania wewnątrzczaszkowe występują przeważnie skutkiem bezpośredniego przejścia zakażenia przez kość na opony lub mózg (Aleksander (63), M. Georke (1), Körner i inni). Inne drogi zakażenia z ucha w głąb, np. drogą obiegu krwi rzadko się zdarzają. Dlatego przy omawianiu naszego materiału klinicznego trzymam się pewnego schematu. Mianowicie w zestawieniu tym śledzę niejako postępowanie sprawy zapalnej z ucha na oponę twardą i dalej w głąb. Ponieważ z pewnymi wyjątkami, które poniżej omówię, wszystkie przypadki powikłań wewnątrzczaszkowych były leczone operacyjnie, przeto chorych tych podzieliłem na następujące grupy. Grupa pierwsza i druga obejmuje przypadki bez powikłań wewnątrzczaszkowych, przy czym zniszczenie w kości w przypadkach pierwszej grupy do opon nie dochodziło, w grupie drugiej oponę twardą odsłonięto przy operacji, opona jednak zmian chorobowych nie okazywała. Trzecia grupa obejmuje przypadki, w których stwierdzono zmiany opony twardej, przypadki te jednak nie dawały objawów powikłań wewnątrzczaszkowych lub też przy obecności tych powikłań wystąpiła posocznica. Przypadki te właściwie nie należą do tego zestawienia, jednak ponieważ u chorych tych stwierdzono często zakrzep zatoki esowatej, omówię je pokrótce.

Zapalenia ostre

Zapalenie ostre ucha środkowego wystąpiło w 441 przypadkach. 198 przypadków leczono zachowawczo; z tych przypadków jeden zmarł skutkiem powikłania śródczaszkowego, w drugim zaś przypadku na pierwszy plan wysunęły się objawy zapalenia opon mózgowych przy minimalnych zmianach w uchu środkowym; na sekcji stwierdzono *meningitis pneumococcica.*

W przypadkach operowanych rozpatrzymy szczegółowo postępowanie sprawy zapalnej ucha środkowego na opony i głębiej do przestrzeni podoponowej i mózgu.

Na *243* operowane przypadki, w *123* zniszczenie kości nie dochodziło do opon, jak również nie było w przebiegu leczenia, tak przed operacją, jak i po zabiegu objawów, które by świadczyły o zmianach na oponach. Stanowi to około 50% wszystkich operowanych, ostrych przypadków. Przypadki te stanowią pierwszą grupę. Wszyscy chorzy należący do tej grupy wyzdrowieli.

Do drugiej grupy zaliczymy 60 chorych, w tym 33 mężczyzn i 27 kobiet. Przy operacji odsłonięto opony środkowego dołu czaszkowego 8 razy (6 mężczyzn, *2* kobiety), 44 razy opony tylnego dołu czaszkowego (*22* mężczyzn i *22* kobiet) i w 8 przypadkach odsłonięto środkowy i tylny dół czaszkowy (5 mężczyzn, *3* kobiety). W przypadkach tych zmian na oponach nie stwierdzono; wyleczono wszystkich chorych.

Trzecią grupę stanowią przypadki, w których przy operacji stwierdzono zmiany opony twardej, jednak bez objawów ze strony opon. Takich chorych mieliśmy *32*, w tym 14 mężczyzn i 18 kobiet. Na *32* przypadki środkowy dół czaszkowy był odsłonięty 6 razy, tylny dół czaszkowy *21* razy, a oba doły 5 razy; w dwóch przypadkach stwierdzono zakrzep zatoki. Zmiany na oponach, stwierdzone przy operacji, były rozmaite: w 9 przypadkach opona twarda była zaczerwieniona, w 15 zgrubiała, nacieczona zapalnie, często pokryta ziarniną itp. W 8 przypadkach stwierdzono ropień zewnątrzoponowy; w tym *2* ropnie środkowego, a 6 tylnego dołu czaszkowego.

Widzimy więc, że opona twarda jest niejako wałem obronnym, którego przekroczenie nie jest łatwe. Po zewnętrznej stronie opony możemy mieć nawet rozległe zmiany ropne, a mimo to nie przychodzi do zakażenia głębszego. Że jednak zakażenie takie może wystąpić niekiedy nawet bardzo szybko, szczególniej w przypadkach ostrych, może posłużyć za przykład nasz pierwszy przypadek nieoperowany, w którym przy nieznacznych objawach ze strony narządu słuchu, bardzo szybko nastąpiło ogólne zakażenie z objawami posocznicy. Chory zmarł, sekcja wykazała w *antrum* nieco ropy, jak również w komórkach okołozatokowych, poza tym reszta komórek wyrostka sutkowego bez większych zmian zapalnych. Ściany zatoki na małej przestrzeni nacieczone zapalnie, w zatoce ropa, znaczne powiększenie śledziony. Podobny przypadek opisał L. Batawia (31).

Czwartą grupę stanowią przypadki, w których wystąpiły objawy oponowe bez objawów posocznicy, przypadków tych było 10, w tym mężczyzn 6, kobiet 4. W jednym przypadku przy operacji, opony nie wykazały zmian, raz opona twarda była nieco przekrwiona, w 6 przypadkach opona twarda była bądź nacieczona zapalnie, zgrubiała lub pokryta ziarniną, u *2* chorych stwierdzono ropień zewnątrzoponowy raz w tylnym, a raz w środkowym dole czaszkowym.

Przypadek 1 i 2. W przypadkach tych objawy oponowe były nieznaczne, poza tym przypadki te nie przedstawiają nic godnego uwagi; oba przypadki skończyły się wyzdrowieniem.

Przypadek 3 (mężczyzna, lat 44, u. p.). Objawy oponowe wystąpiły dopiero w 5 tygodni po operacji, oprócz ogólnych objawów oponowych stwierdzono zbaczanie języka, obrzęk brodawki nerwu wzrokowego po obydwóch stronach, bóle głowy, zwolnienie tętna. Przy retrepanacji stwierdzono opony bez większych zmian, w zatoce zaś zakrzep. Po powtórnej operacji objawy oponowe ustąpiły, wyleczenie.

Przypadek 4 (mężczyzna, lat 35, u. p.). W przypadku tym wystąpił zespół objawów Gradenigo, niedowład mięśnia odwodzącego i zaburzenia nerwu trójdzielnego. Objawy te po przekłuciu błony bębenkowej ustąpiły. W *2* tygodnie później cały zespół objawów powrócił; wykonano trepanację; chory zmarł wśród objawów oponowych. Na sekcji stwierdzono rozległą zgorzel piramidy kości skalistej, *meningitis purulenta.*

Przypadek 5 (mężczyzna, lat 28, u. p.). U chorego wystąpił ropotok z ucha od miesiąca. Przy trepanacji odsłonięto zatokę, która była zgrubiała, krew w zatoce płynna. Przez następne trzy dni stan dobry, czwartego dnia wystąpiła sztywność karku, objaw Lassegue'a obustronnie dodatni, język zbacza na prawo, podniebienie po prawej stronie niżej ustawione. Podejrzenie o ropień mózgu. Chód jakby móżdżkowy. Retrepanacja. Odsłonięto opony tylnego dołu czaszkowego, stwierdzono ropień okołozatokowy, w zatoce krew płynna. Nakłucie dołu czaszkowego środkowego z wynikiem ujemnym. Nakłucie lędźwiowe; płyn mózgowo-rdzeniowy mętny. W miarę trwania choroby płyn mózgowordzeniowy coraz mętniejszy; piątego dnia po retrepanacji zejście śmiertelne. Sekcja wykazała nagromadzenie ropy na podstawie mózgu; ropa przechodzi wzdłuż naczyń na korową część mózgu; obrzęk śledziony.

Przypadek 6 (kobieta, lat 34, u. p.). Od 6 tygodni bóle głowy, zawroty, ciepłota ciała do 39°. Wykonano zwykłą trepanację: odsłonięto zatokę, która była zgrubiała i wypełniona zakrzepem, zakrzep usunięto i w górze doszło się do krwi płynnej, podwyższona ciepłota nadal się utrzymuje. Wystąpił niedowład mięśnia odwodzącego po stronie zdrowej, czwartego dnia zejście śmiertelne. Sekcja wykazała ropne zapalenie opon mózgowych.

Przypadek 7 (dziewczynka, lat 1½, u. p.). Od dwóch dni ból ucha i głowy, wymioty, sztywność karku, objaw Brudzińskiego karkowy dodatni. Wykonano zwyczajną trepanację; odsłonięto zatokę żylną, na której nie stwierdzono większych zmian, opony środkowego dołu czaszkowego zgrubiałe. Nakłucie lędźwiowe wykazało płyn mózgowo-rdzeniowy mętny. Podwyższenie ciepłoty nadal się utrzymuje. Ósmego dnia wystąpiło wy-

bitne pogorszenie, podniesienie ciepłoty do 39,4°, zamroczenie, od czasu do czasu niepokój ruchowy, czasami zbaczanie gałek ocznych, objaw Kerniga dodatni, objaw Babińskiego dodatni po obu stronach, na dnie oka, po stronie operowanej, stwierdzono zatarcie granicy tarczy n. wzrokowego. Przy nakłuciu lędźwiowym otrzymano płyn mózgowo-rdzeniowy pod dużym ciśnieniem, mętny. Dziesiątego dnia nastąpiło zejście śmiertelne. Sekcja wykazała ropne zapalenie opon mózgowych.

Przypadek 8 (kobieta, lat 64, u. l.). Chora została przyjęta z powodu twardzieli nosa, jamy nosowo-gardłowej, gardła, krtani i tchawicy. U chorej w przebiegu leczenia twardzieli wystąpiło ostre zapalenie ucha środkowego, przy czym szybko przyszło do zajęcia wyrostka sutkowego i wystąpiły lekkie objawy oponowe. Przy zwykłej trepanacji odsłonięto opony środkowego i tylnego dołu czaszkowego, opony były lekko zgrubiałe. Stan po chwilowej poprawie ponownie uległ pogorszeniu i w dwa tygodnie po operacji chora zmarła. Sekcja wykazała *leptomeningitis purulenta.*

Przypadek 9 (chłopiec, lat 10, u. l.). U chorego rozwinęło się ropne zapalenie opon mózgowych. Nakłucie lędźwiowe wykazało płyn mętny; na sekcji wykazano ropne zapalenie opon mózgowych.

Przypadek 10 (mężczyzna, lat 30, u. l.). Chory zgłosił się do Kliniki z silnymi objawami oponowymi; płyn mózgowo-rdzeniowy był mętny; przy operacji znaleziono ropień zewnątrzoponowy w tylnym dole czaszkowym. Objawy oponowe powoli ustąpiły, płyn mózgowo-rdzeniowy przy częstych nakłuciach lędźwiowych coraz jaśniejszy, chory wyzdrowiał.

Jak widzimy, w tej grupie poza objawami oponowymi, wystąpiły w niektórych przypadkach i objawy zajęcia nerwów mózgowych. W przypadku trzecim zaobserwowano zbaczanie języka. W przypadku piątym zbaczanie języka i niższe ustawienie podniebienia po stronie chorej; w przypadku tym wystąpiły objawy móżdżkowe. W przypadku czwartym stwierdzono niedowład mięśnia odwodzącego po stronie chorej, w przypadku szóstym zaś niedowład mięśnia odwodzącego po stronie zdrowej. W przypadku siódmym wystąpiło przejściowe zbaczanie gałek ocznych, w przypadku tym wystąpił odruch Babińskiego po obu stronach. Zmiany na dnie oka widziano w przypadku siódmym w postaci tarczy zastoinowej po stronie chorej i w przypadku trzecim obrzęk tarczy nerwu wzrokowego po obu stronach; u tego chorego stwierdzono też, poza zapaleniem opon, zakrzep zatoki esowatej. Zakrzep zatoki stwierdzono poza tym w przypadkach drugim, trzecim i szóstym.

Zapalenie opon mózgowych, występujące w przebiegu ostrego zapalenia ucha środkowego, może mieć i inną przyczynę. Widzieliśmy przypadek, w którym wystąpiło w przebiegu ostrego, ropnego zapalenia lewego ucha środkowego, gruźlicze zapalenie opon. Dotyczyło to chłopca 5-letniego. W przypadku tym, ani badanie krwi, ani badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, jak również badanie płuc nie mogło rozstrzygnąć sprawy. Dopiero próba tryptofanowa (P r o g u l s k i (61) [1]) w płynie mózgowo-rdzeniowym ustaliła rozpoznanie.

Niemniej cennym jest inny przypadek. U mężczyzny, lat 42, z bardzo nieznacznymi objawami zmian w uchu środkowym, nastąpiło zapalenie opon mózgowych. Błonę bębenkową, nieznacznie przekrwioną, nakłuto. Ropy po nakłuciu nie otrzymano. W dwóch następnych dniach przekrwienie błony bębenkowej ustąpiło. Objawy oponowe nadal się utrzymywały, płyn mózgowo-rdzeniowy, uzyskany po nakłuciu lędźwiowym, był mętny, 50.000/3 leukocytów. Z płynu wyhodowano dwoinki zapalenia płuc; chory ten wkrótce zmarł. Mamy więc tutaj do czynienia z zapaleniem opon mózgowych, przy czym w uchu środkowym zmiany ograniczyły się do nieznacznego przekrwienia. Można przypuścić, że zakażenie weszło do organizmu przez ucho środkowe, nie wywoławszy w samym narządzie słuchowym większych zmian. Gdyby przypadek ten był badany później, po zniknięciu przekrwienia w uchu środkowym — co niewątpliwie nastąpiłoby i bez paracentezy — to droga zakażenia nie mogłaby być wykryta. Chorego odesłano na Oddział Zakaźny; chory zmarł.

Podobny przypadek opisał H o f f m a n n (10). W przypadku tego autora wystąpiło zapalenie opon mózgowych, jako powikłanie ropnego zapalenia ucha środkowego. Dwoinki zapalenia płuc wyhodowano w tym przypadku z ropy ucha, jak i z płynu mózgowo-rdzeniowego.

Piątą grupę przypadków stanowią powikłania mózgowe, grupa ta obejmuje 6 przypadków, w tym 5 mężczyzn i 1 kobieta. Grupa ta obejmuje 4 ropnie mózgu i 2 ropnie móżdżka. Wszystkie osoby zmarły.

Przypadek 1. Mężczyzna, lat 32. U chorego wystąpił wyciek z ucha prawego przed 6 tygodniami. Ostatnio wystąpiło nagłe pogorszenie, bóle głowy. Przy trepanacji odsłonięto zatokę żylną, która większych zmian nie wykazywała. Stan chorego po operacji nadal ciężki. Płyn mózgowo-rdzeniowy jasny, pod dużym ciśnieniem. Odczyn koloidalnego złota wskazuje na możliwość ropnia mózgu, tętno zwolnione. Przy powtórnej operacji odsłonięto opony środkowego dołu czaszkowego. Opony te nie wykazywały wyraźniejszych zmian, nakłucie mózgu na głębokości $1^1/_2$ cm wykryło ropę; ropień nacięto, założono sączek gumowy. Stan po operacji nieco się poprawił, chory swobodniejszy, tętno szybsze. W kilka dni wystąpiło wypadnięcie mózgu. Wytworzyły się również przerzutowe ropnie na skórze tułowia i ud; ropnie te nacięto. Stan chorego nagle uległ pogorszeniu, w ranie stwierdzono częściową martwicę tkanki mózgowej. Płyn mózgowo-rdzeniowy przy nakłuciu lędźwiowym jasny, pod dużym ciśnieniem. Chory zmarł. Sekcja wykazała — znacznych rozmiarów ropień mózgu płata skroniowego prawego, który został otwarty za życia. Ropień płata potylicznego lewego, ropnie przerzutowe śledziony. W przypadku tym więc obok ropnia mózgu po stronie chorego ucha, wystąpiła posocznica, przerzutowe ropnie w skórze, jak również ropień śledziony i mózgu płata potylicznego po stronie przeciwnej.

Przypadek 2. Mężczyzna, lat 25. Chory został uderzony w lewe ucho, w pół godziny potem wyciek z ucha. Stan ten trwał przez trzy miesiące. Ostatnio od niedawna pogorszenie, bóle głowy. Przy nakłuciu lędźwiowym uzyskano płyn mózgowo-rdzeniowy wodo-jasny, limfocytów 3/3, leukocytów 4/3, odczyn Pandy dodatni. Ciepłota ciała do 40°. Rozpoznano początkowo zapalenie opon mózgowych, przy trepanacji odsłonięto opony środkowego dołu czaszkowego, które nie wykazały większych zmian. Chory gorączkował nadal. Po tygodniu ciepłota spadła. Dwunastego dnia po pierwszej operacji wystąpiła nagle niemota. Przy retrepanacji nakłucie mózgu wykazało ropę na głębokości około 6 cm. Z ropy ropnia wyhodowano pałeczki błonicy rzekomej i paciorkowca niehemolitycznego. Po operacji nastąpiła poprawa, chory swobodniej mówi; po okresie poprawy występuje pogorszenie, chory ciągle śpi, jest osłabiony. Powtórnie wystąpiła niemota. Ostatnie kilkanaście dni chory ciągle spał, na bodźce zewnętrzne nie reagował, ostatecznie w $2^1/_2$ miesiąca po pierwszej operacji zmarł. Sekcja wykazała duży ropień mózgu płata skroniowego po tej stronie, którą za życia otwarto; ropień otorbiony grubą torebką łącznotkankową. Wewnątrz jamy ropnia stare masy krwotoczne. Ku górze i przodowi wysuwa się odnoga ropnia, długości około 5 cm, dokoła ropnia, a więc poza torebką silne rozmiękanie mózgu.

Przypadek 3. Mężczyzna, lat 58. Wyciek od $2^1/_2$ miesiąca, bóle głowy. Chory nie gorączkuje; wykonano trepanację po stronie prawej, odsłonięto zatokę żylną, która większych zmian nie okazała. Przez 10 dni po operacji stany podgorączkowe, 12 dnia pogorszenie, bóle głowy. 18 dnia ponowna trepanacja; odsłonięto opony środkowego dołu czaszkowego, które nie wykazały zmian, nakłucie mózgu z wynikiem ujemnym. Następnego dnia zejście śmiertelne. Sekcja: ropień mózgu z przebiciem do przestrzeni podpajęczej.

Przypadek 4. Mężczyzna, lat 39. Od $1^1/_2$ miesiąca strzykanie w uchu lewym, po grypie. Od 2 tygodni podwyższenie ciepłoty, od 4 dni ból za uchem. Wycieku z ucha nie ma. Chory gorzej mówi. Badanie neurologiczne: podejrzenie o ropień mózgu. Wykonano trepanację, odsłonięto zatokę żylną, która była zgrubiała. Bóle głowy nadal się utrzymują, ciepłota ciała wysoka. Czwartego dnia większe utrudnienie w mowie, płyn mózgowo-rdzeniowy przy nakłuciu rdzeniowym jasny. Szóstego dnia wykonano ponownie nakłucie mózgu z wynikiem ujemnym. Tego samego dnia podwyższenie ciepłoty do 40°, chory zmarł. Sekcja wykazała w przednim odcinku płata skroniowego ropień wielkości orzecha włoskiego.

Na cztery przypadki ropni mózgu w przypadkach ostrych, wystąpił ropień dwa razy po stronie prawej i dwa razy po lewej, w obu tych ostatnich przypadkach wystąpiły zaburzenia

---

[1]) Ostatnio (dnia 4 lipca 1937 r.) ukazała się praca P r o g u l s k i e g o (61), w Pol. Gaz. Lek. o wartości rozpoznawczej próby tryptofanowej w schorzeniach mózgu. Próba ta wypada dodatnio przy gruźliczym zapaleniu opon, ujemnie przy innych schorzeniach układu nerwowego środkowego. Powyższa próba wprowadzona została przez F ü r t h a i N o b l a dla celów kolorymetrycznego wykazywania tryptofanu w surowicy krwi. Próbę tryptofanową można wykonać w płynie charakteru surowiczego, nie zawierającego krwi i ropy. Nadaje się szczególniej w przypadkach zapalenia opon mózgowych, połączonego z limfocytozą, a więc w przypadkach, w których nie wiemy, czy mamy do czynienia z zapaleniem gruźliczym opon, czy z tzw. *meningitis serosa limphocytaria non tuberculosa.*

mowy. Poza tym nie obserwowaliśmy innych objawów ogniskowych. Rozpoznanie polegało głównie na stwierdzeniu ciężkich objawów mózgowych, podczas gdy płyn mózgowo-rdzeniowy był jasny i nie wykazywał zwiększenia ilości ciałek białych, a tylko zwiększenie białka (*meningitis serosa).* W przypadkach takich naturalnie nie można mówić o rozpoznaniu w ścisłym tego słowa znaczeniu. Przy braku objawów ogniskowych można tylko podejrzewać ropień mózgu. Zmian na dnie oka nie widziano. Z dwóch ropni, umiejscowionych po prawej stronie, jeden otwarto za życia, a jeden stwierdzono dopiero na sekcji, podobnie i z dwóch ropni po stronie lewej, w jednym przypadku ropień otwarto, a w drugim mimo zaznaczonej niemoty i mimo kilkakrotnego nakłucia mózgu, na ropień nie natrafiono. Przy sekcji okazało się, że ropień leżał w przednim odcinku płata skroniowego. Płyn mózgowo-rdzeniowy we wszystkich przypadkach był jasny.

Przypadek 5. Kobieta, lat 28. Od 3 tygodni cierpi na ostre zapalenie ucha prawego. Ostatnio wystąpiły bóle głowy; lekka sztywność karku. Przy operacji odsłonięto opony środkowego i tylnego dołu czaszkowego, opony te były zgrubiałe, pokryte ziarniną. Po operacji stan nie poprawił się. Wystąpiła tarcza zastoinowa w obu oczach. Objaw Kerniga dodatni. Przy powtórnej operacji nakłuto móżdżek na głębokości 4 cm, natrafiono na ropę, ropień nacięto i zdrenowano. Na drugi dzień chora zmarła. Sekcja wykazała: *abscessus hemisphericus cerebelli.*

Przypadek 6. Mężczyzna, lat 38. U chorego wystąpił wyciek z ucha prawego po grypie. Przed tygodniem bóle głowy, gorączka, zamroczenie, wymioty, podwójne widzenie, adiadochokineza, objaw Kerniga dodatni. Przeprowadzono natychmiast operację i stwierdzono zniszczenie w kości, dochodzące do opon, tak środkowego, jak tylnego dołu czaszkowego. Nakłucie mózgu z wynikiem ujemnym. Chory po operacji w dalszym ciągu nieprzytomny, ciepłota ciała spadła. Chory zmarł szóstego dnia. Sekcja wykazała ropień móżdżka.

Tak więc na dwa przypadki ropnia móżdżka, jeden rozpoznano podczas operacji i otwarto; w drugim przypadku, w którym za życia stwierdzono adiadochokinezę, pomimo kilkakrotnego nakłucia móżdżka, ropnia nie wykryto. W przypadku pierwszym wystąpiła tarcza zastoinowa po obydwóch stronach. Tak więc w ostrych przypadkach tylko w połowie ropni mózgu i móżdżka przy nakłuciu natrafiono na ropę.

Szóstą grupę stanowią przypadki z objawami posocznicowymi. Objawy posocznicowe wystąpiły bez objawów oponowych w 5 przypadkach, w tym 4 mężczyzn i 1 kobieta, cztery po lewej, a jeden po prawej stronie. Rozmieszczenie zmian anatomicznych było następujące: raz zniszczenie nie dochodziło do opon, raz opony nie wykazywały większych zmian, w dwóch przypadkach opony tylnego dołu czaszkowego były zgrubiałe, wreszcie w jednym przypadku stwierdzono ropień zewnątrzoponowy tylnego dołu czaszkowego. Z krwi wyhodowano na 5 przypadków 3 razy drobnoustroje: raz gronkowiec biały, raz paciorkowiec hemolityczny, a raz paciorkowiec długi. Leczenie polegało na podwiązaniu żyły szyjnej wewnętrznej (3 razy na 5 przypadków), dalej na podawaniu dożylnym środków bakteriobójczych, jak barwiki, preparaty srebrowe, alkohol 33% z glukozą itp. W dwóch przypadkach stwierdzono zakrzep zatoki, w 3 krew płynną. W jednym przypadku na 5, przyszło do wytworzenia się licznych przerzutów ropnych w tkankę podskórną (w liczbie 7). Przerzuty te powstały mimo podwiązania żyły szyjnej wewnętrznej. Wszystkie przypadki wyleczono.

W innych przypadkach obok objawów posocznicy wystąpiły też objawy oponowe. Grupa ta obejmuje 7 przypadków, w tym 6 mężczyzn i 1 kobieta. Na 7 przypadków 4 było po prawej, 2 po lewej i 1 po obu stronach. Przy operacji odsłonięto raz środkowy, a 4 razy tylny dół czaszkowy, wreszcie 2 razy oba doły czaszkowe. W 2 przypadkach opony nie wykazywały większych zmian, 5 razy opona okazała się zgrubiałą zapalnie.

W 2 przypadkach wystąpiła przewaga objawów oponowych, płyn mózgowo-rdzeniowy uzyskany przy nakłuciu lędźwiowym był mętny, potem dopiero dołączyły się objawy septyczne. Obydwa przypadki skończyły się śmiercią, w jednym przypadku na sekcji stwierdzono ropne zapalenie opon mózgowych, w drugim ropień płuc, przy czym w tym drugim przypadku objawy oponowe cofnęły się.

W dwóch następnych przypadkach przeważały raczej objawy posocznicy. W jednym przypadku wytworzyły się przerzuty do stawu kolanowego, nadgarstkowego, chory zmarł na zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego. W przypadku drugim po ustąpieniu dość ciężkich objawów oponowych, wytworzył się obraz typowej posocznicy z przerzutami do stawu nadgarstkowego i kolanowego, zapalenie ropne opłucnej, wreszcie ostre zapalenie nerek. Chory ten wyzdrowiał.

Piąty przypadek dotyczy chorego, lat 72, u którego, mimo że tak objawy oponowe, jak i septyczne były słabo zaznaczone, nastąpiło zejście śmiertelne. Sekcji nie wykonano.

Szósty przypadek dotyczy chłopca, lat 12, z bardzo ciężkimi objawami oponowymi. Płyn mózgowo-rdzeniowy ropny z krwi wyhodowano paciorkowca niehemolitycznego. W stanie zamroczenia zabrano go z Kliniki — chory ten zmarł w domu.

Siódmy przypadek dotyczy chłopca, lat 7, u którego wystąpiły lekkie objawy oponowe i septyczne. Z krwi wyhodowano gronkowca białego; chory wyzdrowiał.

Ogółem na 7 chorych zmarło 5. W dwóch przypadkach przyczyną zejścia śmiertelnego było zapalenie opon mózgowych, dwóch chorych zmarło na niedomogę mięśnia sercowego, a jeden na ropień płuc. Z 4 przypadków, które w czasie przebiegu swego schorzenia wykazały objawy zapalenia opon, w 2 przypadkach przyszło do zejścia śmiertelnego, a w 2 przypadkach objawy cofnęły się.

Zapalenia przewlekłe

Przypadków przewlekłego zapalenia ucha środkowego mieliśmy łącznie 529; z tego leczonych zachowawczo 255. Wśród chorych, leczonych nieoperacyjnie, mieliśmy tylko 2 przypadki powikłań wewnątrzczaszkowych. Pierwszy dotyczył chłopca $2^1/_2$-letniego, u którego w przebiegu przewlekłego zapalenia ucha środkowego wystąpiły nagle objawy mózgowe. U chorego stwierdzono miejscowo brak błony bębenkowej, w głębi łuski perlaka. Chory zmarł na drugi dzień po przybyciu do Kliniki. Sekcja wykazała: *thrombophlebitis purulenta, tumor lienis acutus.* Drugi przypadek dotyczy kobiety, lat 56. U chorej w przebiegu zapalenia przewlekłego wystąpiły od kilku dni objawy posocznicy. W Klinice do objawów posocznicy dołączyły się drugiego dnia lekkie objawy oponowe. Chora zmarła wśród objawów niedomogi serca.

Na 274 operowanych do grupy pierwszej należy 131 przypadków. Przypadki te nie wykazywały objawów powikłań wewnątrzczaszkowych, jak również w przypadkach tych nie była podczas operacji odsłonięta opona twarda. Wszystkich chorych, zaliczonych do tej grupy, wyleczono.

Grupa druga obejmuje przypadki, w których nie było objawów powikłań wewnątrzczaszkowych, jednakże u chorych tych przyszło do odsłonięcia opony twardej, opona jednak nie wykazywała zmian. Grupa ta obejmuje łącznie 43 chorych, w tym 26 mężczyzn, a 17 kobiet. Przy operacji odsłonięto 15 razy dół środkowy (w tym 11 mężczyzn, 4 kobiety), 17 razy tylny dół czaszkowy (10 mężczyzn, 7 kobiet) i 11 razy oba doły czaszkowe (5 mężczyzn, 6 kobiet). Perlak stwierdzono 26 razy. Wszyscy ci chorzy wyzdrowieli.

Grupę trzecią stanowią te przypadki, w których odsłonięta opona twarda wykazywała większe lub mniejsze zmiany, jednak bez objawów oponowych. Grupę tę stanowią 23 przypadki, w tym 16 mężczyzn i 7 kobiet. Środkowy dół czaszkowy odsłonięto 3 razy, w jednym przypadku odsłonięto dół przedni, 13 razy tylny, a 7 razy środkowy i tylny dół czaszkowy. Zmiany, jakie stwierdzono przy operacji, były następujące. W 19 przypadkach opona twarda była zgrubiała, często pokryta ziarniną. W 5 przypadkach stwierdzono ropień zewnątrzoponowy, w tym raz ropień środkowego dołu czaszkowego, a 4 razy tylnego dołu czaszkowego; przy czym w 2 przypadkach spośród tych ostatnich wystąpiło przed operacją porażenie nerwu twarzowego. Zakrzep zatoki esowatej stwierdzono 6 razy, perlak 8 razy. Wszystkie przypadki, należące do tej grupy, wyleczono, przy czym nie wykazywały one w swoim przebiegu, tak przed, jak i pooperacyjnym żadnych objawów powikłań, za wyjątkiem jednego, który różnił się od innych przebiegiem choroby. Dotyczy on kobiety, lat 27, u której wystąpiło od 2 tygodni zaostrzenie w uchu lewym, podwójne widzenie, wymioty, zawroty głowy, niedowład nerwu twarzowego, dalej niedowład nerwu odwodzącego i trójdzielnego gałęzi ruchowej. Przy operacji odsłonięto opony środkowego i tylnego dołu czaszkowego. Chora wyzdrowiała, porażenia nerwów mózgowych częściowo ustąpiły.

Czwarta grupa obejmuje przypadki, w których wystąpiły objawy oponowe bez objawów posocznicy. Grupa ta obejmuje 31 chorych, w tym 20 mężczyzn, 11 kobiet; z tego zmarło 14, wyleczono 17.

Przypadek 1, 2, 3, 4. W tych czterech przypadkach objawy oponowe były nieznaczne; przypadki te skończyły się wyzdrowieniem.

Reszta, to przeważnie ciężkie przypadki, poniżej podaję w skrócie odpisy poszczególnych historyi chorób.

Przypadek 5. Mężczyzna, lat 23, u. p. Od czterech dni pogorszenie, ból w okolicy ciemieniowej, przeczulica, objaw Kerni-

ga dodatni, podwyższenie ciepłoty. Przy operacji odsłonięto opony tylnego dołu czaszkowego, opony pokryte ziarniną. Nakłucie lędźwiowe wykazało płyn mózgowo-rdzeniowy bardzo mętny, ciśnienie wzmożone, odczyn Nonne dodatni, Pandy dodatni, leukocytów 33792/3, bakteriologicznie — gronkowiec biały. W przebiegu leczenia pooperacyjnego wykonywano często nakłucia lędźwiowe. Po tygodniu wystąpiło przejściowe polepszenie, po czym stan pogorszył się i mimo codziennych nakłuć lędźwiowych 20 dnia chory zmarł. Sekcji nie wykonano.

Przypadek 6. Kobieta, lat 43, u. p. Pogorszenie od 6 tygodni. Ostatnio od 5 dni ciepłota do 40°, zawroty głowy, objaw Kerga dodatni, sztywność karku zaznaczona; nakłucie lędźwiowie: limfocytów 10/3, leukocytów 8112/3, odczyn Pandy silnie dodatni. Przy operacji doszczętnej odsłonięto zatokę nieco zgrubiałą. Po operacji stan polepsza się stale. Sztywność karku ustępuje, płyn mózgowo-rdzeniowy przy drugim nakłuciu lędźwiowym mętny: limfocytów 448/3, leukocytów 192/3, odczyn Pandy dodatni. W dziesięć dni po operacji objawy oponowe ustąpiły. Wyleczenie.

Przypadek 7. Mężczyzna, lat 39, u. l. Zaostrzenie sprawy przewlekłej. Od kilku miesięcy powtarzające się zawroty głowy. W chwili przyjęcia neurologicznie stwierdzono: niedowład nerwu twarzowego i nerwu odwodzącego. Sztywność karku zaznaczona, oczopląs ku stronie przeciwnej. Przy operacji doszczętnej stwierdzono ropień zewnątrzoponowy w środkowym dole czaszkowym. Nakłucie lędźwiowe wykazało: płyn mózgowo-rdzeniowy mętny, pod znacznym ciśnieniem, pole zasiane leukocytami, odczyn Nonne-Appelt bardzo silnie dodatni, odczyn Pandy bardzo silnie dodatni, odczyn koloidalnego złota dodatni. Po operacji przez kilka dni utrzymywały się bóle głowy i podwyższenie ciepłoty. Po 10 dniach nastąpiła poprawa, bóle ustąpiły, płyn mózgowo-rdzeniowy jasny, limfocytów 210/3, leukocytów brak. Odczyn Nonne-Appelt lekko dodatni, odczyn Pandy dodatni. Wyleczenie.

Przypadek 8. Kobieta, lat 24, u. p Od trzech tygodni zaostrzenie sprawy chorobowej, objawy podrażnienia błędnika, niedowład nerwu twarzowego. Po operacji wystąpiły objawy oponowe, sztywność karku, płyn mózgowo-rdzeniowy mętny, pod dużym ciśnieniem, objaw Kerniga dodatni. Codzienne nakłucia lędźwiowe, płyn mózgowo-rdzeniowy wyjaśnia się. Odczyn Pandy silnie dodatni, ciałek białych 850/3. Bóle głowy ustąpiły, lekkie zaburzenia pęcherzowe po podawaniu urotropiny wkrótce ustąpiły. Wyleczenie.

Przypadek 9. Mężczyzna, lat 30, u. p. Wyciek od 2 lat. Od tygodnia zawroty głowy; okulistycznie: *decoloratio papillae n. opt.* Operacja doszczętna, po operacji wystąpiły objawy oponowe, objaw Kerniga lekko dodatni. Płyn mózgowo-rdzeniowy jasny. odczyn Nonne-Appelt ujemny, Pandy zaznaczony, limfocytów 120/3, leukocytów 21/3. Objawy oponowe nasilają się; płyn mózgowo-rdzeniowy coraz mętniejszy, limfocytów 343/3, leukocytów 1400/3. W dwa tygodnie po operacji zejście śmiertelne. Sekcja: *meningitis purulenta,* obfite nagromadzenie ropy na podstawie mózgu.

Przypadek 10. Mężczyzna, lat 25, u. l. Objawy neurologiczne: nerw twarzowy po stronie lewej gorszy, zaznaczona adiadochokineza po stronie chorej, przy zamkniętych oczach chwianie się ku tyłowi, oczopląs w obie strony, silniejszy w stronę lewą. Podejrzenie o ropień móżdżka. Przy operacji odsłonięto oponę tak środkowego, jak i tylnego dołu czaszkowego, nakłucie tylnego dołu czaszkowego z wynikiem ujemnym, nakłucie lędźwiowe dało płyn jasny. Powolne ustępowanie objawów. Wyleczenie.

Przypadek 11. Mężczyzna, lat 26, u. p. Przy operacji doszczętnej odsłonięto zatokę żylną, w której nie było zmian. Po 2 tygodniach wystąpiły wymioty, sztywność karku, objaw Kerniga zaznaczony. Nakłucie lędźwiowe wykazało płyn mętny, pod ciśnieniem, pole zasiane ciałkami ropnymi. Stałe pogarszanie się objawów oponowych, w płynie mózgowo-rdzeniowym limfocytów: 264/3, leukocytów 3264/3, odczyn Pandy bardzo silnie dodatni, chory bredzi. Płyn mózgowo-rdzeniowy jałowy, ciągłe wymioty, codzienne nakłucia lędźwiowe. Przez 3 tygodnie chory nadal nieprzytomny, w płynie mózgowo-rdzeniowym limfocytów 1200/3, leukocytów 13800/3, odczyn Pandy bardzo silnie dodatni. Stan taki utrzymywał się łącznie przez 3 tygodnie. Chory otrzymywał dożylnie urotropinę. W moczu ślad białka i krwinek. Wobec tego zaprzestano podawania urotropiny dożylnie i podano ją doustnie. Objawy oponowe w dalszym przebiegu choroby powoli poczęły się cofać. Płyn mózgowo-rdzeniowy jaśniejszy, limfocytów 565/3, leukocytów 64/3. Ostatecznie objawy oponowe ustąpiły. Wyleczenie.

Przypadek 12. Dziewczynka, lat 4, u. l. Przy operacji doszczętnej odsłonięto zatokę żylną. Stan bezpośrednio po operacji dobry. Po 6 dniach nagle wystąpiły wymioty, bóle głowy, sztywność karku, utrata przytomności. Badanie okulistyczne wykazało tarczę zastoinową znacznego stopnia i zez skutkiem porażenia lewego nerwu odwodzącego. Badanie neurologiczne przemawia za ropniem mózgu lub móżdżka. Wykonano powtórną trepanację, w głębi natrafiono na masy nowotworowe. 7 dnia zejście śmiertelne. Sekcja wykazała: cała piramida kości skalistej objęta nowotworem, wrastającym częściowo do móżdżka, znaczne wodogłowie skutkiem ucisku na *aquaeductus cerebri.*

Przypadek 13. Kobieta, lat 25, u. l. Od pierwszego dnia przybycia do Kliniki dreszcze, bóle głowy, sztywność karku, objaw Kerniga zaznaczony. Nakłucie lędźwiowe wykazało płyn mózgowo-rdzeniowy mętny, odczyn Pandy silnie dodatni, Nonne-Appelt zaznaczony, leukocytów 1100/3. Przy doszczętnej operacji odsłonięto zatokę oraz opony środkowego dołu czaszkowego. które były przekrwione. Codzienne nakłucia lędźwiowe przez 4 dni cofanie się objawów oponowych. 11 dnia badanie neurologiczne wykazało ustąpienie objawów oponowych. Wyleczenie.

Przypadek 14. Mężczyzna, lat 16, u. p. Objawy oponowe silnie zaznaczone. Rozpoznanie: *meningitis purulenta.* Przy operacji doszczętnej stwierdzono ropień zewnątrzoponowy. Objawy oponowe po operacji utrzymują się nadal. 4 dnia zejście śmiertelne. Sekcja wykazała: *meningitis purulenta, thrombosinuitis gangrenosa, bronchopneumonia.*

Przypadek 15. Chłopiec, lat 8, u. l. Przed kilkoma miesiącami operacja z powodu przewlekłego ropnego zapalenia ucha, po operacji pozostała przetoka. Od trzech dni wymioty, sztywność karku, płyn mózgowo-rdzeniowy o dużej zawartości białka, limfocytów 78/3, leukocytów 300/3, objaw Babińskiego zaznaczony, objaw Kerniga zaznaczony. Operacja doszczętna; odsłonięto opony środkowego i tylnego dołu czaszkowego, które większych zmian nie wykazywały. Po operacji chory zamroczony, sztywność karku nieco mniejsza, opadnięcie lewej powieki i niedowład nerwu odwodzącego, objaw Babińskiego po stronie operacji dodatni, po przeciwnej zaznaczony. Okulistycznie: *ophtalmoplegia totalis o. sin.,* granica tarczy nerwu wzrokowego po stronie prawej lekko zatarta. 5 dnia zejście śmiertelne. Sekcja wykazała: *meningitis sero-purulenta, encephalitis acuta.*

Przypadek 16. Mężczyzna, lat 22, u. l. Wyciek z ucha trwający od kilku lat ustał przed trzema tygodniami. Wysoka ciepłota ciała. zawroty głowy, wymioty, sztywność karku zaznaczona, oczopląs na prawo, nerw twarzowy gorszy, objaw Romberga zaznaczony, objaw Babińskiego zaznaczony po prawej stronie. Badanie okulistyczne: granica tarczy nerwu wzrokowego zamazana. Operacja doszczętna ucha prawego, otwarto ropień zewnątrzoponowy około zatoki, opony pokryte ziarniną. Nakłucie lędźwiowe: odczyn Pandy w płynie mózgowo-rdzeniowym dodatni, limfocytów 59/3, leukocytów 15/3. Po operacji objawy oponowe silniej zaznaczone. 10 dnia zejście śmiertelne. Sekcja wykazała: *lepto et pachymeningitis purulenta.*

Przypadek 17. Mężczyzna, lat 32, u. l. Zaostrzenie sprawy chorobowej od dwóch tygodni, bóle głowy, wymioty, podwyższenie ciepłoty. Wybitna sztywność karku, objaw Lassegue'a dodatni, objaw Kerniga dodatni, nerw twarzowy po stronie chorej cokolwiek gorszy, podniebienie miękkie nieco gorzej ruchome. Chód móżdżkowy. Przy operacji doszczętnej odsłonięto opony środkowego dołu czaszkowego. Nakłucie lędźwiowe wykazało płyn mózgowo-rdzeniowy mętny, leukocytów 3000/3. Podawano urotropinę dożylnie. Z czasem płyn jaśniejszy. Sztywność karku mniejsza, w płynie mózgowo-rdzeniowym leukocytów 1400/3, limfocytów 300/3, odczyn Pandy dodatni, odczyn Nonne dodatni. Powoli ustąpiły objawy oponowe. Wyleczenie.

Przypadek 18. Kobieta, lat 67, u. l. Zaostrzenie sprawy chorobowej od dwóch tygodni, podwyższenie ciepłoty, sztywność karku zaznaczona. Operacja doszczętna. Nakłucie lędźwiowe wykazało płyn mętny, leukocytów 11.700/3, odczyn Nonne bardzo silnie dodatni, odczyn Pandy dodatni. Chora nieprzytomna. Trzeciego dnia zejście śmiertelne. Sekcja wykazała: *thrombosinuitis purulenta.*

Przypadek 19. Mężczyzna, lat 31, u. p. Zaostrzenie sprawy przewlekłej, od 7 dni, bóle głowy i ucha, wymioty, sztywność karku, nerw twarzowy gorszy, język lekko zbacza na lewo, objaw Kerniga obustronnie zaznaczony; nakłucie lędźwiowe wykazało płyn mętny. leukocytów 700/3, limfocytów 230/3. Przy operacji doszczętnej odsłonięto zatokę lekko zgrubiałą. Podawano dożylnie urotropinę, płyn mózgowo-rdzeniowy wyjaśnia się. Trzeciego dnia sztywność ustąpiła. Wyleczenie.

Przypadek 20. Kobieta, lat 23, u. l. Od dwóch tygodni pogorszenie sprawy chorobowej, ostatnio wystąpiły wymioty, oczopląs na prawo, sztywność karku, objaw Kerniga zaznaczony. Operacja doszczętna ucha lewego. Przy operacji stwierdzono perlaka, który dochodził do opon tak środkowego, jak i tylnego

dołu czaszkowego, zatoka o ścianach nekrotycznych, pokryta ropą i ziarniną. Nakłucie zatoki wykazało krew płynną. Po zabiegu operacyjnym sztywność utrzymuje się nadal, nakłucie lędźwiowe wykazało płyn mętny, leukocytów 6400/3, odczyn na białko silnie dodatni. Dno oka bez zmian. Zejście śmiertelne. Sekcja wykazała: *meningitis purulenta,* w zatoce zakrzep.

Przypadek 21. Mężczyzna, lat 22, u. l. Zaostrzenie przewlekłego ropienia od trzech tygodni. Od 4 dni zawroty głowy, wymioty, podwyższenie ciepłoty do 40°. Operacja doszczętna: stwierdzono ropień zewnątrzoponowy tak w środkowym, jak i tylnym dole czaszkowym, opony zgrubiałe. W częściach miękkich ropowica gazowa. Po operacji spadek ciepłoty do normy. Nakłucie lędźwiowe wykazało płyn mózgowo-rdzeniowy wodojasny, odczyn na białko bardzo silnie dodatni. Przy zmianie opatrunku obfity wyciek ropny spod opon. Raz wystąpiły wymioty. Chory stale bez ciepłoty. 10 dnia na własne żądanie wypisany z Kliniki. W dwa lata potem zgłasza się do kontroli zupełnie zdrów, przewód zewnętrzny słuchowy silnie zwężony.

Przypadek 22. Mężczyzna, lat 47, u. p. Zaostrzenie od trzech tygodni. Ostatnio wystąpiły wymioty i bardzo silne bóle głowy i ucha, ciepłota prawidłowa, nakłucie lędźwiowe wykazało płyn mętny, odczyny na białko dodatnie, leukocytów 2600/3, limfocytów 260/3. Operacja doszczętna: odsłonięto opony środkowego dołu czaszkowego, opony większych zmian nie wykazywały. Po operacji ustąpienie objawów oponowych. Przebieg prawidłowy, bez podwyższenia ciepłoty. Wyleczenie.

Przypadek 23. Kobieta, lat 27, u. p. Od dwóch tygodni zaostrzenie, silne podwyższenie ciepłoty, wymioty, sztywność karku, oczopląs w stronę przeciwną. Operacja doszczętna; po operacji sztywność wybitniejsza. Nakłucie lędźwiowe wykazało płyn mózgowo-rdzeniowy mętny, pod ciśnieniem. Leukocytów 20.000/3, odczyn Pandy bardzo silnie dodatni, odczyn Nonne-Appelt bardzo silnie dodatni. Podawano dożylnie urotropinę, do kanału zaś wieloważną surowicę streptokokową. Badaniem okulistycznym stwierdzono obrzęk obu tarcz nerwu wzrokowego, większy po prawej stronie. Przez 5 dni ciepłota do 38°. Piątego dnia nakłucie lędźwiowe wykazało płyn mózgowo-rdzeniowy wodo-jasny, odczyny na białko silnie dodatnie, leukocytów 126/3, limfocytów 181/3. Ósmego dnia nakłucie lędźwiowe wykazało płyn mózgowo-rdzeniowy wodo-jasny, odczyn Pandy dodatni, Nonne-Appelt dodatni. Leukocytów 168/3, limfocytów 562/3. Objawy oponowe powoli ustąpiły. Przez cały czas podawano dożylnie urotropinę. Wyleczenie.

Przypadek 24. Chłopiec, lat 8, u. p. Zaostrzenie przewlekłego ropienia od kilku dni; ostatnio wystąpiła sztywność karku. Operacja doszczętna. Nakłucie lędźwiowe wykazało płyn mętny. Sztywność karku utrzymuje się nadal, piętnastego dnia zejście śmiertelne. Sekcja wykazała: *pyocephalus internus, meningitis purulenta diffusa.*

Przypadek 25. Mężczyzna, lat 51, u. p. Od 2 tygodni zaostrzenie przewlekłego ropienia po stronie prawej, po stronie lewej przewlekłe ropienie bez zaostrzenia. Lekkie objawy oponowe. Operacja doszczętna po stronie prawej, zatoka i opony środkowego dołu czaszkowego bez większych zmian. Objawy oponowe ustąpiły. Wyleczenie. Po powrocie do domu w 4 dni wystąpił silny krwotok z nosa, ciepłota do 39°. Chorego przyjęto na Klinikę i stwierdzono porażenie lewej struny głosowej i podniebienia po lewej stronie, język zbacza na lewo. Tego samego dnia zejście śmiertelne. Na sekcji stwierdzono: nadżarcie tętnicy dogłowowej wewnętrznej lewej skutkiem rozmiękania lewej kości skalistej. Przyczyną zejścia śmiertelnego była więc sprawa zapalna ucha lewego nieoperowanego.

Przypadek 26. Mężczyzna, lat 50, u. l. Od kilku dni zaostrzenie przewlekłego ropienia. Od 24 godzin wystąpiły zaburzenia mowy, chory nieprzytomny, ciepłota ciała 40°, sztywność karku. Płyn mózgowo-rdzeniowy mętny. Operacja doszczętna. Przy operacji stwierdzono: opony środkowego dołu czaszkowego zgrubiałe. Na drugi dzień zejście śmiertelne. Sekcja wykazała: *Leptomeningitis purulenta.*

Przypadek 27. Dziewczynka, lat 12, u. l. Od 2 tygodni zaostrzenie przewlekłego ropienia, silne podwyższenie ciepłoty, sztywność karku, objaw Kerniga i Lassegue'a zaznaczony. Operacja doszczętna. Opony środkowego dołu czaszkowego pokryte nalotem włóknikowym ropnym; ropień zewnątrzoponowy; również opony tylnego dołu czaszkowego pokryte nalotem włóknikowo-ropnym. W zatoce przy nakłuciu krew płynna. Po operacji objawy oponowe ustąpiły. Ciepłota wróciła do stanu prawidłowego. W miesiąc po operacji ponowne podwyższenie ciepłoty, sztywność karku, objawy Brudzińskiego tak łonowy, ' jak karkowy zaznaczone, objaw Kerniga zaznaczony, szczęka dolna zbacza na lewo, płyn mózgowo-rdzeniowy mętny. Po kilku dniach ciepłota ciała spadła. Objawy oponowe utrzymują się przez dwa tygodnie. Napady drgawek, porażenie nerwu twarzowego przejściowe, to po prawej, to po lewej stronie. Nakłucie lędźwiowe wykazało płyn mózgowo-rdzeniowy wodo-jasny, odczyn Pandy bardzo silnie dodatni, Nonne-Appelt bardzo silnie dodatni, leukocytów 80/3, limfocytów 100/3. Badanie okulistyczne stwierdziło tarczę zastoinową. Retrepanacja: między oponą tylnego dołu czaszkowego a tylną ścianą piramidy stwierdzono ropień. Bóle głowy, chora często traci przytomność, w nocy niespokojna. Powolne ustępowanie objawów, w 19 dni objawy oponowe ustąpiły. Wyleczenie.

Przypadek 28. Kobieta, lat 24, u. l. Od kilku dni wymioty. Bóle głowy. Badanie neurologiczne wykazało osłabienie nerwu odwodzącego lewego i nerwu twarzowego dolnej gałązki po lewej stronie. Operacja doszczętna: odsłonięto opony środkowego dołu czaszkowego, nieco zgrubiałe. Nakłucie lędźwiowe wykazało zwiększoną limfocytozę w płynie mózgowo-rdzeniowym. Przez 5 dni podwyższenia ciepłoty. Szóstego dnia podwyższenie ciepłoty ciała do 39,2°, sztywność karku, nakłucie lędźwiowe wykazało płyn mętny. Przez 8 następnych dni ciepłota podwyższona, płyn mózgowo-rdzeniowy stale ropny, 14 dnia chora zmarła. Sekcja wykazała: *Leptomeningitis purulenta.*

Przypadek 29. Dziewczynka, lat 9, u. l. Od dwóch tygodni wymioty, nakłucie lędźwiowe wykazało płyn mętny, odczyn Pandy dodatni. Leukocytów 90/3, limfocytów 25/3. Operacja doszczętna: odsłonięto opony środkowego dołu czaszkowego, opony te były cokolwiek zgrubiałe. Trzeciego dnia wśród dreszczów podwyższenie ciepłoty ciała do 40°, senność. Piątego dnia ponownie podwyższenie ciepłoty do 40°, chorą zabrano do domu na własne żądanie, gdzie 9 dnia zmarła.

Przypadek 30. Mężczyzna, lat 51, u. l. Od 24 godzin bóle głowy, ciepłota ciała do 38.6°, tętno zwolnione, chory nieprzytomny, sztywność karku. Neurologicznie stwierdzono ostre zapalenie opon. Operacja doszczętna: stwierdzono perlaka, odsłonięto opony środkowego dołu czaszkowego, które okazały się zgrubiałe. Wieczorem ciepłota 41°, chory nieprzytomny, majaczy, zejście śmiertelne. Sekcja wykazała: *meningitis purulenta.*

Przypadek 31. Mężczyzna, lat 22, u. l. Zaostrzenie od 4 dni. Badanie okulistyczne stwierdziło obrzęk tarczy nerwu wzrokowego po obu stronach. Badanie neurologiczne stwierdziło surowicze zapalenie opon mózgowych. Operacja doszczętna. Opony środkowego dołu czaszkowego i zatoka żylna bez zmian. Powolne polepszanie się ogólnego stanu chorego. Wyleczenie.

Poza objawami oponowymi, widzieliśmy również częściowe porażenie niektórych nerwów mózgowych. W przypadku 16 wystąpiło częściowe porażenie nerwu twarzowego, w przypadku 7 porażenie nerwu twarzowego i odwodzącego, w przypadku 10 wystąpiło porażenie nerwu twarzowego z adiadochokinezą po tej samej stronie, w przypadku 15 osłabienie mięśnia odwodzącego i częściowo nerwu okoruchowego oraz *ophtalmoplegia totalis* po stronie chorej, w przypadku 17 osłabienie nerwu twarzowego i nerwu językowo-gardłowego, w przypadku 19 osłabienie nerwu twarzowego i języko-gardłowego, w przypadku 27 częściowe porażenie nerwu trójdzielnego (szczęka dolna zbacza na lewo) oraz przejściowe zmienne osłabienie nerwu twarzowego raz po stronie operowanej, a raz po przeciwnej. Zaburzenia nerwów mózgowych w przypadku 25 nie wliczamy do powyższych ponieważ można porażenia te tłumaczyć wylewem krwawym powstałym z nadżarcia tętnicy dogłowowej wewnętrznej. To samo dotyczy przypadku 12, w którym na sekcji stwierdzono rozmiękanie piramidy kości skalistej.

Zmiany na dnie oka wystąpiły w przypadku 5: *decoloratio papillae n. opt.*, w przypadku 15 stwierdzono na oku po stronie chorej *ophtalmoplegia totalis,* po stronie zaś przeciwnej zatarcie tarczy nerwu wzrokowego, w przypadku 16 zatarcie granicy tarczy nerwu wzrokowego, w przypadku 23 obrzęk obu tarcz nerwu wzrokowego, w przypadku 27 tarczę zastoinową i w przypadku 21 obrzęk obu tarcz nerwu wzrokowego. Zmiany na dnie oka w przypadku 12, tarczę zastoinową po obu stronach, można do pewnego stopnia tłumaczyć wodogłowiem, stwierdzonym na sekcji.

W naszych przypadkach, po wyłączeniu 4 lżej chorych, płyn mózgowo-rdzeniowy przedstawiał się następująco: w przypadku 10 i 31 płyn mózgowo-rdzeniowy był jasny, ciśnienie płynu wzmożone. W przypadku 21 również płyn był wodojasny, lecz zawartość białka bardzo silnie wzmożona. W niektórych przypadkach śmiertelnych, początkowo jasny płyn mózgowo-rdzeniowy przechodził w miarę pogorszenia się stanu chorego w coraz to bardziej mętny, dotyczy to przypadku 9 i 29. Również w przypadku 28, początkowa limfocytoza w płynie przeszła następnie w płyn ropny. Przypadki te są przykładami, jak nawet początkowo lekkie przypadki mogą kończyć się śmiertelnie. W innych przypadkach śmiertelnych płyn mózgowo-rdzeniowy od począt-

ku obserwacji klinicznej wykazywał zmętnienie z dużą zawartością leukocytów i z silnie dodatnimi odczynami białkowymi. Dotyczy to przypadków 5, 8, 18, 20, 24 i 26. Wreszcie w innych przypadkach płyn mózgowo-rdzeniowy początkowo mętny przechodził w miarę zdrowienia w coraz jaśniejszy, przy czym zawartość leukocytów malała. Również i stosunek leukocytów w miarę poprawiania się całego stanu chorobowego zmieniał się w ten sposób, że początkowa silna leukocytoza ustępowała miejsca względnej limfocytozie. Dotyczy to przypadków ciężkich, które dało się wyleczyć, tj. przypadku 6, 7, 8, 11, 13, 17, 19, 22, 23, 27.

Zmiany anatomiczne, spotykane w tej grupie przypadków były następujące: opony środkowego dołu odsłonięto w 10 przypadkach, tylnego w 12, a w 9 przypadkach odsłonięto opony tak środkowego, jak i tylnego dołu czaszkowego. W 4 przypadkach opony nie wykazywały większych zmian, w 20 przypadkach opony były zgrubiałe, częściowo przekrwione, w 3 przypadkach opony pokryte nalotami ropnymi i ziarniną, w 4 przypadkach stwierdzono ropień zewnątrzoponowy i to dwa razy tak środkowego, jak i tylnego dołu czaszkowego, a raz tylko środkowego i raz tylko tylnego dołu czaszkowego.

Perlaka stwierdzono 19 razy. W przypadkach 14 i 18, które przebiegały z objawami zapalenia opon mózgowych, stwierdzono na sekcji zropiały zakrzep zatoki esowatej. Poza tym stwierdzono zakrzep w przypadku 20, zakrzep ten wytworzył się po nakłuciu zatoki żylnej.

W tej grupie spotykaliśmy się też z objawami mózgowymi lub móżdżkowymi. W przypadku 26 wystąpiły zaburzenia mowy. Na sekcji stwierdzono: *leptomeningitis purulenta*. W przypadku 15 stwierdzono objaw Babińskiego dodatni po stronie operowanej, a zaznaczony po stronie przeciwnej; na sekcji stwierdzono w tym przypadku *encephalitis acuta, meningitis sero-purulenta*. W przypadku 16 stwierdzono również objaw Babińskiego po stronie operowanej; na sekcji stwierdzono *lepto et pachymeningitis purulenta*. W przypadku 10 widzieliśmy objawy móżdżkowe, jak objaw Romberga i adiadochokineza — chory wyzdrowiał. Wreszcie w przypadku 17 widzieliśmy chód móżdżkowy ze skłonnością padania w stronę ucha chorego; chory wyzdrowiał.

W grupie tej wykonano operację po stronie prawej 13, po lewej 18 razy. C. d. n.

NOWE ŚRODKI LECZNICZE

Dr A. MESTER Kraków

Pyrochinol w leczeniu chorób stawowych i gośćca stawowego tudzież pozastawowego

Z I Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. w Krakowie
Kierownik: Prof. dr T. Tempka

Rozmaite choroby zakaźne ostre i przewlekłe mogą być przyczyną spraw zapalnych stawowych, np. płonica, odra, dur brzuszny, wiewiór, kiła i gruźlica. Najczęstszą jednak przyczyną schorzeń stawowych jest gościec, który może przejawiać się w formie choroby gośćcowej (ostry gościec stawowy) i przewlekłego gośćca stawowego. Obok czynnika zakaźnego, również zaburzenia przemiany materii, np. dna, mogą powodować schorzenia stawów. Choroba gośćcowa w 50% przypadków zajmuje obok stawów, również i narządy wewnętrzne, przede wszystkim serce pod postacią gośćcowego schorzenia mięśnia sercowego, śród- lub osierdzia, lub też kilku warstw jednocześnie. Dalej choroba gośćcowa może zaatakować oczy, nerwy i mięśnie, itd. Choroba gośćcowa może mieć początek ostry lub podostry, przebieg jej może być mniej lub więcej gwałtowny, *lecz w istocie swej jest to choroba przewlekła* (badania anatomo-patologiczne — Klinge i inni, tudzież kliniczne autorów francuskich — F. Bezançon i M. P. Weil). Dlatego też tzw. nawroty poczytujemy dzisiaj jako zaostrzenia sprawy chorobowej pierwotnej, stale w ustroju istniejącej. Do schorzeń gośćcowych zaliczamy również schorzenia stawowe o charakterze zwyrodnieniowym, przy czym podkreślić należy, iż napotykamy je nie tylko w wieku starczym, lecz i u osobników w średnim wieku. Te sprawy chorobowe cechują się obok znacznej bolesności, również i upośledzeniem ruchów czynnych i biernych.

Celem naszym jest leczenie przyczynowe, jednak w wielu przypadkach leczenie przyczynowe nie da się przeprowadzić, gdyż czasami nie można wyjaśnić tła schorzenia. Lecz i w tych przypadkach, w których tło schorzenia stwierdzono i wszczęto leczenie przyczynowe, często zmuszeni jesteśmy stosować równocześnie leczenie objawowe, zwłaszcza w okresie początkowym, zanim leczenie przyczynowe da nam wyniki. Podawanie leków tzw. objawowych od badań Königera nabrało nowego oświetlenia; wykazał on mianowicie, że środki przeciwgorączkowe i uspokajające mają również wybitne działanie przestrajające. Powodują one mianowicie przemianę (*alteratio*) ustroju przez obniżanie ciepłoty drogą fizyczną i chemiczną, przez zmniejszenie lub usunięcie bólów, przez zmniejszenie objawów zapalnych ognisk, a szczególnie przez zmniejszenie napięcia mięśniowego i przez usuwanie skurczów naczyń w obrębie tkanek zapalnych. Wskutek tego wielorakiego działania następuje podniesienie stanu ogólnego, wzmocnienie ustroju i polepszenie samopoczucia. Są to czynniki działające nie tylko w czasie podawania leku, lecz wywierające korzystny wpływ w dalszym okresie choroby i w ozdrowieniu, gdyż przez doprowadzenie ustroju do bardziej prawidłowych warunków, umożliwia się ustrojowi prawidłowe oddziaływanie na bodźce wszelkiego rodzaju: chorobowe, a przede wszystkim lecznicze. Należy pamiętać o tym, *że oddziaływanie ustroju chorego jest ilościowo i jakościowo zmienione*, zwłaszcza narządy schorzałe wykazują odmienny, przeważnie zwiększony odczyn na wszelkiego rodzaju bodźce. Przeciwzapalne działanie leku, wywołujące zahamowanie oddziaływania, obniżenie progu pobudliwości, sprowadza nieswoiste wzmocnienie ustroju przeciwko jadom bakteryjnym i niebakteryjnym i nieswoiste zmniejszenie uczulenia ustroju. Lekiem o tak dużej skali działania jest *Pyrochinol — syntetyczny związek kwasu orto-oxy-chinolino-sulfonowego i pochodnej pyrazolonu o wzorze* $C_{22}H_{24}N_4O_5S$.

Pyrochinol działa przeciwbólowo, przeciwgorączkowo, przeciwzapalnie i przeciwzakaźnie, przy tym i przestrajająco. Leczenie Pyrochinolem przeprowadzaliśmy bądź to stosując tylko ten lek, bądź to stosując go równocześnie z innymi lekami o działaniu przyczynowym, np. w wiewiórowym lub kiłowym zapaleniu stawów. Leczenie Pyrochinolem daje wiele możliwości dzięki dużej rozpiętości w dawkowaniu; zależy ono od wieku, płci, stanu odżywienia chorego, jako też od natężenia, okresu i jakości schorzenia. W przypadkach choroby *gośćcowej ważne jest możliwie wczesne stwierdzenie, czy istnieje schorzenie serca i której lub których warstw serca, czy też mamy do czynienia tylko ze schorzeniem stawów bez udziału serca.* W przypadkach choroby stawowej bez zajęcia serca, podajemy od początku choroby co najmniej 6 g Pyrochinolu dziennie, tę *dose d'attaque* najlepiej podawać w ten sposób, by ustrój był stale pod działaniem leku — a więc co godzinę 0,5 g lub w nocy w razie przebudzenia się chorego można dodatkowo podawać 2 razy 0,5 g, a więc 7 g na dobę. Zazwyczaj dawka ta szybko sprowadza obniżenie ciepłoty, zmniejszenie bólów i zmniejszenie objawów zapalnych w stawach. Po kilkudniowym podawaniu tej dawki, gdy nasilenie sprawy chorobowej uległo zmniejszeniu, *powoli i stopniowo obniżamy dawkę*, a więc podajemy 6 g przez 3—4 dni, potem przez kilka dni 5 g, 4 g, schodząc w ten sposób do 2,5 g dziennie. Tę dawkę podajemy choremu przez dłuższy czas, nawet gdy ciepłota opadła do normy i stan ogólny i stan stawów wykazuje prawidłowe stosunki. Dopiero po czasie niemniejszym, jak 8 dni stanu bezgorączkowego i bezobjawowego, można nadal obniżać dawkę, *lecz zawsze powoli i stopniowo. Nie należy natomiast szybko zmniejszać dawki a tym mniej nagle lek odstawić w zupełności*, gdyż przez takie postępowanie narazamy chorego na wystąpienie „nawrotu“, który jest wtedy wyrazem istniejącej, nieodpowiednio leczonej choroby pierwotnej. W rzadkich przypadkach, w których te duże dawki Pyrochinolu są źle znoszone, podajemy część dawki *per os* a część *per rectum*, w czopkach à 1 g: 1—2 czopków na dobę lub w postaci małej lewatywy z 2—3 g Pyrochinolu w 50 cm³ wody. W przypadkach lżejszych wystarczają mniejsze dawki, np. 2—3 g dziennie. W przypadkach równoczesnego zajęcia serca w początku choroby, stosujemy dawki nieco mniejsze, 3—4 g na dobę w ostrym okresie, podając Pyrochinol raczej w czopku lub w lewatywie, a mniejszą część *per os. Lecz w tych przypadkach należy Pyrochinol podawać przez dłuższy czas, aniżeli w przypadkach zajęcia tylko stawów, z uwagi na istniejące ogniska sprawy chorobowej w sercu.* W przypadkach opornych należy obok Pyrochinolu stosować leczenie bodźcowe przez podanie białka pozajelitowo. W zapaleniach stawów na tle zakaźnym znanymi bakteriami, jak wiewiór, gruźlica i kiła, *leczymy sprawę chorobową przyczynowo i niezależnie od tego leczenia podajemy Pyrochinol* w ilości 1,5—2 g dziennie. Mamy wtedy na celu usunięcie objawów zapalnych, gorączki i wzmożenie odporności ustroju. Dobroczynny wpływ Pyrochinolu w sprawach zakaźnych u dzieci opisał Osiek, który podawał dzieciom Pyrochinol w dawce 3 × 0,5 dziennie, a nawet i większe dawki.

W żadnym z naszych przypadków nie stwierdziliśmy objawów przedawkowania, ani żadnych objawów ubocznych, wszyscy chorzy dobrze ten lek znosili. W pierwotnym przewlekłym gośćcu stawowym w okresie nieostrym można z dobrym wynikiem podawać Pyrochinol w ilości 1,5 g dziennie przez szereg miesięcy, wtrącając co pewien czas kilka dni wolnych od pobierania leku.

W okresach zaostrzenia, zwłaszcza nieciężkich, można czasami dużymi dawkami Pyrochinolu (6—7 g na dobę) sprawę chorobową opanować i sprowadzić szybkie przejście zaostrzenia bez pozostawienia uszkodzeń. W przypadkach ciężkich należy stosować leczenie kombinowane, wtedy podajemy Pyrochinol w dawkach zwykłych 1,5—2 g na dobę. *W postaciach zwyrodnieniowych przewlekłego gośćca stawowego* podajemy Pyrochinol również w tych samych dawkach celem zmniejszenia bólów i napięcia mięśni w schorzałych tkankach.

W gośćcu pozastawowym — a więc mięśni, oczu i nerwów wskazane jest stosowanie średnich dawek Pyrochinolu, 2,5—3 g dziennie, przy czym po ustąpieniu objawów chorobowych można szybko lek odstawić zupełnie. Te spostrzeżenia lecznicze, poczynione na kilkudziesięciu przypadkach rozmaitych schorzeń gośćcowych stawowych i pozastawowych, jako też i schorzeń stawowych natury niegośćcowej u mężczyzn i kobiet, kontrolowane były badaniami laboratoryjnymi, z pomocą których mogliśmy stwierdzić wyniki przedmiotowo; wskazywały na to zmniejszenie szybkości opadania krwinek czerwonych, powrót ilości ciałek białych i obrazu krwi Arneth-Schillinga do normy.

Piśmiennictwo:

Klinge Fr.: Handb. d. path. Anat. u. allg. Path. B. IX. 2. Berlin, 1934. — Königer H.: Krankenbehandlung d. Umstimmung. G. Thieme, Leipzig, 1929. — Osiek B.: Warsz. Czas. Lek. Nr 38, 1937.

Dr Tadeusz NOWAK. Asyst. Kliniki. Kraków

O działaniu Causythu w chorobach dziecięcych

Z Kliniki Dziecięcej U. J. w Krakowie
Dyrektor: Prof. dr Ksawery Lewkowicz

Jakkolwiek większość środków przeciwgorączkowych nie zwalcza, niestety, przyczyny choroby, a działa tylko objawowo, to jednakże środki te mogą w niektórych przypadkach okazać się niezwykle cennymi. Wysoka bowiem gorączka, wspólnie z działaniem jadów bakteryjnych może spowodować, zwłaszcza gdy się dłużej utrzymuje, zwyrodnienie narządów miąższowych, a przede wszystkim mięśnia sercowego. Może ona wywołać również porażenie ważnych dla życia ośrodków mózgowych. Przy dłuższym zaś jej utrzymaniu się, choćby w granicach średnich, przychodzi zwykle do wyniszczenia chorego wskutek wzmożonego rozpadu białka i niedostatecznego jego przyswajania przez ustrój w związku z upośledzeniem łaknienia. Należy wreszcie wspomnieć, że wysoka gorączka u chorego dziecka i towarzyszące jej niekiedy drgawki wywołują często w otoczeniu dziecka paniczny nastrój, stwarzający niekorzystne warunki dla samego leczenia. Toteż zastosowanie w takich razach skutecznego środka przeciwgorączkowego, nie wykazującego żadnego, albo prawie żadnego działania ubocznego, jest celowe, a niekiedy wprost konieczne.

Ze środków przeciwgorączkowych stosujemy najczęściej: aspirynę, amidopirynę oraz, zwłaszcza w zapaleniu płuc, chininę.

Leki te jednak w dawkach, w jakich się je zwykle przepisuje, są mało skuteczne; toteż dla osiągnięcia lepszych wyników należało by je dawkować indywidualnie. Ponieważ jednak chodzi w przeważnej liczbie przypadków klinicznych o chorych ambulatoryjnych, musimy lek przepisywać według pewnych reguł, przy czym kierujemy się czy to wiekiem, czy też, co jest właściwsze, wagą dziecka. Tak dawkując, postępujemy jednakże szablonowo, bo nie uwzględniamy właściwości osobniczych ustroju, nie wiemy, czy ustrój na takie dawki należycie odpowie i czy osiągniemy pożądany skutek. Przy tym, używając leków z grupy pyrazolonowej, nie jesteśmy nigdy wolni od obawy, że możemy sprowadzić wystąpienie niepożądanych objawów ubocznych. Leki bowiem z tej grupy w dużych dawkach, w jakich, moim zdaniem, właśnie należało by je stosować, aby rzeczywiście osiągnąć należyte działanie, mogą doprowadzić do powstania methemoglobinemii, u osób zaś wykazujących pewne uczulenie, nawet bardzo mała dawka tych leków, może wywołać burzliwe objawy, jak porażenie naczyń, obrzęk głośni, przekrwienie spojówek, wysypki skórne, nudności, wymioty, krwiomocz, wreszcie zapad. Toteż należało by, o ile możności, używać takich środków przeciwgorączkowych, które by nie miały żadnych działań ubocznych lub miały tylko nieznaczne i niegroźne. Środki te powinny również posiadać dużą rozpiętość między dawką leczniczą, a toksyczną.

Wedle licznych spostrzeżeń, zarówno obcych, jak i własnych, środkiem takim okazuje się w wielu sprawach chorobowych „Causyth“, który jest sulfonowaną pochodną pyrazolonu.

W ostatnich kilku latach środek ten stosowano na wielką skalę u dorosłych, ale jak się okazuje z piśmiennictwa zagranicznego, nadaje się on o wiele bardziej, niż jakikolwiek inny środek przeciwgorączkowy przede wszystkim do stosowania w chorobach dziecięcych, a to ze względu na cały szereg cechujących go zalet. U nas o działaniu Causythu w płonicy pisała M. Biehlerowa, nikt jednak nie wspomina o jego wpływie na inne schorzenia dziecięce. Wobec tego uważam za pożądane przedstawić moje 5-letnie spostrzeżenia nad działaniem Causythu w różnych schorzeniach dziecięcych.

Muszę zaznaczyć, że pierwotnie odnosiłem się do tego leku nieufnie, jak w ogóle do wszelkich środków przeciwgorączkowych, zachęcony jednak jego niezwykle skutecznym działaniem w jednym z przypadków, zmieniłem zdanie i stosuję go odtąd w szerokim zakresie tak u chorych klinicznych stałych, jako też ambulatoryjnych oraz u dzieci w Zakładzie U. J. w Witkowicach. Nie sposób wyliczać wszystkich leczonych nim przeze mnie przypadków, podam tylko kilka, które mogą służyć jako przekonywujące przykłady jego niezwykle skutecznego działania.

Zacznę od przypadku, w którym lek ten nie mógł działać przyczynowo, ale w którym jego działanie, zwalczające skutecznie przykre objawy chorobowe, sprawiało wielką ulgę choremu. Chodziło mianowicie o przypadek ziarnicy złośliwej. W przypadku tym ciepłota dochodziła codziennie do 39°, a jedynie po stałym stosowaniu Causythu ½ tabletki 8 × dziennie utrzymywała się w granicach stanów podgorączkowych. Trzeba jeszcze zaznaczyć, że w czasie podawania Causythu samopoczucie chorego znacznie się poprawiało. Po odstawieniu leku ciepłota dochodziła znowu do 39°, a nawet 40°, zaś stan ogólny chorego oraz samopoczucie znacznie się pogarszało; chory był wtedy apatyczny i tracił całkowicie łaknienie tak, że sam dopominał się o podanie mu Causythu. Ponowne zastosowanie leku w ilości 1.5 grama na dobę nie obniżyło ciepłoty i nie poprawiło stanu ogólnego, dopiero zastosowanie leku 3 × dziennie po 1 gramie obniżyło ciepłotę do poziomu prawidłowego i sprowadziło polepszenie samopoczucia. Działanie Causythu w powyższym przypadku było przy tym o tyle korzystniejsze od działania morfiny, którą czasami choremu podawaliśmy z powodu duszności i niepokoju, że przy użyciu Causythu równocześnie z obniżaniem się ciepłoty, czego przy stosowaniu morfiny oczywiście nie osiągnęliśmy, następowało również zmniejszenie się duszności i niepokoju. Toteż po stwierdzeniu tego faktu, zaprzestaliśmy podawania morfiny, a wspomniane objawy zwalczaliśmy skutecznie Causythem.

Korzystne działanie Causythu w stanach grypowych oraz w zapaleniu nieżytowym i pryszczykowym gardła nie ulega, według moich spostrzeżeń, wątpliwości. To samo wynika z doniesień Latzel'a, Runes'a oraz innych autorów. Należy tylko stosować odpowiednie dawki leku. I tak u niemowląt od 3—6 miesięcy należy podawać 3 razy dziennie po 0.5 grama zaś u niemowląt powyżej 6 miesięcy do roku, 2 razy dziennie po 1 gramie. O ile przy tej ilości leku nie uzyska się należytego wyniku, to można podać jeszcze jedną dawkę w ilości 0.5—1 grama. U dzieci starszych i to już powyżej roku należy podawać 2 razy dziennie po 2 gramy Causythu. Ogólnie należy podawać powyższe ilości leku przez 2—3 dni, po czym obniżyć ilość do połowy, podając ją jednorazowo rano. Najodpowiedniejszym sposobem podania leku okazała się mikrolawatywka (około 2 łyżki stołowe letniej wody). Przy użyciu podanych dawek otrzymamy przeważnie należyty wynik. Ciepłota dochodząca niekiedy do 40° opada zwykle na drugi dzień do prawidłowego poziomu i najczęściej już się nie podnosi, a chory szybko powraca do zdrowia. Muszę zaznaczyć, że w stanach grypowych żadnym z leków nie osiągnąłem tak szybkiego i korzystnego skutku, jak Causythem. Wyniki takie uzyskiwałem zaś, jak sądzę, dlatego, iż stosowałem wysokie dawki leku; rzeczywiście przy stosowaniu dawek mniejszych albo nie osiągałem wyniku, albo też tylko częściowy.

Przy tej sposobności chcę w kilku słowach tylko wspomnieć o rzekomym działaniu chininy, jako środka zapobiegawczego przeciw stanom grypowym. Działanie to przypisywał chininie Graeser, a za nim szereg innych autorów. Spitt podnosi, że chcąc je osiągnąć, należy chininę stosować przynajmniej przez

tydzień i to 2 razy dziennie po 0.05. Niektórzy jednak autorzy nie stwierdzali wcale tego działania zapobiegawczego chininy. Otóż w czasie epidemii grypy, jaka panowała w Zakładzie U. J. w Witkowicach, podawałem chininę w ilości 0.05 2 razy dziennie i to przez czas dłuższy od jednego tygodnia. Nie stwierdziłem jednakże, abym tym sposobem osiągnął zamierzony cel, albowiem tylko nieliczne dzieci nie zachorowały, przy czym były między nimi zarówno takie, które brały chininę, jak i takie, które w ogóle chininy nie dostawały. Wyniki te przemawiają zatem przeciw przypuszczeniu, jakoby chinina była zapobiegawczym środkiem w epidemiach grypy.

Ze schorzeń, na które Causyth wywiera działanie nie tylko objawowe, ale być może także przyczynowe, należy wymienić gościec stawowy. Miałem wielokrotnie sposobność porównywania wyników działania Causythu i salicylanu sodowego. W przypadkach ostrego gośćca stawowego bez względu na wiek dziecka, podawałem Causyth najpierw w ilości 6 g na dobę, dzieląc tę ilość na trzy dawki, a jeżeli nie osiągałem należytego wyniku, co mi się zdarzało wyjątkowo, podnosiłem ilość leku do 8 g na dobę. Zwykle po dwóch dniach obrzęk i bolesność stawów zupełnie ustępowały, a ogólny stan chorego się poprawiał. Tę samą ilość leku stosowałem jeszcze po ustąpieniu objawów przez 5 dni, a potem zmniejszałem dawkę leku do połowy i podawałem ją w dwóch porcjach, rano i wieczorem jeszcze przez tydzień, po czym lek odstawiałem zupełnie. Tym sposobem postępując, osiągałem niekiedy całkowite wyleczenie sprawy, w innych przypadkach trzeba było po pewnej przerwie leczenie powtarzać. W ogóle można powiedzieć, że — w porównaniu do leczenia salicylowego — leczenie gośćca stawowego Causythem jest łatwiejsze i szybciej prowadzi do celu. Leczenie salicylem dlatego natrafia na trudności, że chcąc osiągnąć należyty wynik, musi się lek ten podawać w dużych ilościach. D a n i e l o p o l u poleca podawać salicyl dzieciom w wieku poniżej 8 lat w ilości 2—3 gramów, a powyżej 8—12 lat w ilości 5 gramów przez pierwsze dwie doby, przy czym dawki salicylu łączy zawsze z podwójną ilością dwuwęglanu sodowego, aby przeciwdziałać powstawaniu kwasicy. O ile nie następuje poprawa, to autor ten podnosi dawkę salicylu o 1—2 gramów na dobę. W ten sposób dochodzi on stopniowo do dawki 15 gramów salicylu na dobę i to nawet u dziecka 6-letniego. Ogólną ilość salicylu autor ten rozdziela na równe dawki i podaje je w dzień co 2, a w nocy co 4 godziny i to przez taki okres czasu, dopóki nie stwierdzi całkowitej poprawy, tj. ustąpienia objawów stawowych oraz gorączki. Okres ten wynosił niekiedy 42 dni. Leku nie odstawia nagle, ale dawki zmniejsza stopniowo i w razie, gdy następuje pogorszenie, szybko powiększa dawkę do pierwotnej wysokości. Według naszych spostrzeżeń można osiągnąć szybciej wyleczenie lub znaczną poprawę, jeśli przez pierwszą dobę podaje się bez dodatku dwuwęglanu sodowego tyle gramów salicylu, ile dziecko ma lat. Przy tak jednakże olbrzymiej dawce występują zazwyczaj objawy zatrucia salicylem w postaci kwasicy (duże oddychanie, nudności, wymioty, niemiarowość czynności serca oraz szum w uszach). Objawy te musimy następnie zwalczać podawaniem dwuwęglanu sodowego. Po ustąpieniu objawów kwasicy, podajemy dalej salicyl w dawkach stosowanych poprzednio, a tylko łączymy te dawki z równymi lub podwójnymi ilościami dwuwęglanu sodowego. Ogólną ilość leku dzielimy na równe dawki i podajemy je przez całą dobę w równych odstępach czasu przez kilka do kilkunastu dni. Otóż porównanie leczenia salicylem z leczeniem za pomocą Causythu wypada bezsprzecznie niekorzystnie dla salicylu. Przede wszystkim wiele dzieci nie znosi salicylu podawanego nawet z dwuwęglanem sodu i oddziaływuje nań wymiotami. Następnie przy stosowaniu Causythu, choćby w dawce 10 gramów na dobę, jakiej to dawki prawie nigdy nie jesteśmy zmuszeni stosować u dzieci, odpada obawa wywołania niepożądanego zatrucia, które salicyl, mimo połączenia z dwuwęglanem sodu, może wywołać.

A musimy się liczyć również z tym, że, chcąc osiągnąć należyty wynik, takie właśnie leczenie, jak się je w gwarze pospolicie określa, „końskie", będziemy musieli niekiedy przeprowadzić w domu, gdy rodzice nie zechcą chorego oddać do szpitala. Nie przypuszczam, by ktokolwiek odważył się na takie leczenie, nie mając możności bezpośredniego i stałego dozorowania dziecka. W tych właśnie warunkach najlepiej możemy ocenić zalety Causythu, jako środka zupełnie nie trującego, nawet użytego w podanych wyżej dawkach, a przy tym skuteczniejszego od salicylu. W jednym z naszych przypadków, w którym chodziło o ostre zapalenie stawów, wsierdzia, osierdzia, wysiękowe zapalenie opłucnej, działanie salicylu zupełnie się prawie nie uwydatniło. Przeciwnie, po zastosowaniu Causythu wszystkie objawy szybko ustąpiły, chociaż nie nastąpiło całkowite wyleczenie, gdyż po odstawieniu Causythu ciepłota znowu się podniosła. Salicyl był na nią bez wpływu, gdy tymczasem Causyth obniżał ją należycie tak, że po trzy-tygodniowym jego stosowaniu uzyskaliśmy wreszcie na stałe obniżenie ciepłoty do stanu prawidłowego. Podobny przypadek opisuje L a t z e l (1). Chodziło w nim o zapalenie włóknikowe osierdzia. Wszystkie inne środki zawiodły tu zupełnie, tymczasem Causyth szybko sprowadził wyleczenie.

O leczeniu zapalenia stawów Causythem znajdujemy w zagranicznym piśmiennictwie wiele doniesień korzystnie świadczących o skuteczności tego leku. Między innymi L a t z e l (2) i K a s t e i n podnoszą, że otrzymywali dobre wyniki, stosując Causyth w schorzeniach gośćcowych nawet, gdy były one oporne na działanie salicylu. Również M u n k zaleca Causyth w schorzeniach gośćcowych.

W jednym z naszych przypadków pląsawicy, która, jak to powszechnie wiadomo, jest blisko spokrewniona z gośćcem stawowym, stosowaliśmy Causyth i zauważyliśmy, że tak objawy fizyczne, jak też psychiczne uległy pewnej poprawie. Oczywiście na podstawie tego jednego doświadczenia trudno się stanowczo wypowiadać; można tylko spodziewać się — podobnie jak w gośćcu — że Causyth będzie także w pląsawicy działał skutecznie.

Co do ostrych wysypkowych chorób zakaźnych, to miałem możność spostrzegania działania Causythu w odrze, w czasie endemii w Zakładzie U. J. w Witkowicach. Tylko u dwojga dzieci wystąpiło powikłanie w postaci zapalenia ucha środkowego, a u jednego dziecka ropne, streptokokowe zapalenie opłucnej, przy czym to ostatnie rozwinęło się w samym początku choroby w okresie objawów nieżytowych. We wszystkich innych przypadkach, zwłaszcza w tych, w których zastosowałem Causyth już w okresie nieżytowym, choroba przebiegała niezwykle łagodnie i szybko. U żadnego dziecka, wykazującego poprzednio objawy gruźliczego zajęcia gruczołów okołooskrzelowych i tchawiczych nie zauważyłem następowego zaostrzenia się tej sprawy. O korzystnym działaniu Causythu w odrze donosili już W a g n e r (1), B a r t i k o v a, N e u m a n n, G h e t t i, N o ë. W płonicy stosowali Causyth B i e h l e r o w a, N o ë, B a r t i k o v a i inni. Autorzy ci wypowiadają się za stosowaniem tego środka, zwłaszcza w tych przypadkach płonicy, w których nie mamy możności zastosowania surowicy. Również w przypadkach płonicy posocznicej bez względu na wstrzyknięcie surowicy należy, zdaniem tych autorów, podawać Causyth. Wreszcie autorzy ci wypowiadają się za stosowaniem Causythu we wszystkich postaciach płonicy, jako środka pomocniczego.

Na szczególne podkreślenie zasługuje działanie Causythu w przypadkach płatowego i odoskrzelowego zapalenia płuc. W przeważnej ilości przypadków tych schorzeń działanie Causythu przejawia się spadkiem ciepłoty, polepszeniem samopoczucia chorego oraz zniesieniem, albo zmniejszeniem tak często przy tych sprawach spostrzeganych objawów, jak duszność, wysokie tętno, apatia i inne. Często, jak to było w jednym z naszych przypadków płatowego zapalenia lewego dolnego płata, już w pierwszym dniu ciepłota po podaniu Causythu opada krytycznie i przy systematycznym dalszym podawaniu leku już się później nie podnosi. Chory przechodzi w ten sposób zapalenie bez gorączki, a jego ogólny stan nie tylko na tym zupełnie nie cierpi, ale chory nie robi niekiedy nawet wrażenia, że jest istotnie chory. Stosowanie Causythu nie wpływa bynajmniej na przedłużanie cofania się nacieku w płucu, gdyż po kilku dniach stwierdza się już objawy tegoż rozchodzenia się. Co do dawkowania Causythu w zapaleniu płuc, to najlepiej u dzieci starszych podawać 1—2 razy dziennie po 2 gramy Causythu, a u młodszych 2 razy dziennie po 1 gramie. U niemowląt stosowałem zwykle w tych przypadkach po 0,5 grama 3 razy dziennie. Podkreślam, że, o ile przy tym dawkowaniu Causythu nie osiągniemy należytego działania, to możemy bez obawy podać nawet u niemowląt jeszcze jedną dawkę w ilości 0,5—1 grama. Zrazu stosowałem przed podaniem Causythu środki nasercowe, ale jak się później przekonałem, można się bez nich zupełnie dobrze obyć. L a t z e l (3) podnosi podobnie, że przy pomocy Causythu wywoływał często w przypadkach zapalenia płuc szybki spadek gorączki oraz trwałą poprawę.

Porównując działanie Causythu w zapaleniu płuc z działaniem chininy, tak powszechnie zresztą stosowanej w tym schorzeniu, czy to w postaci wstrzykiwań, czy czopków, muszę powiedzieć, że w żadnym z naszych przypadków nie mogłem stwierdzić, aby działanie chininy miało jakąś wyższość nad działaniem Causythu. Chinina nie skracała czasu trwania choroby, nie obniżała należycie ciepłoty, albo w ogóle jej nie obniżała, nie przyśpieszała rozchodzenia się nacieku, ani też nie zapobiegała powstawaniu ropniaka opłucnej. Przy tym nie polepszała

samopoczucia chorego w tym stopniu, co Causyth. Co do optochiny, podawanej wewnętrznie, to sam osobiście nie mam doświadczenia, ale mogę przytoczyć zdanie Trzecieskiego, który występuje przeciw przypuszczeniu Morgenrotha, jakoby w zapaleniu płuc za pomocą optochiny można było osiągnąć *therapia sterilisans magna*. Jedynie tylko stosując miejscowo optochinę, możemy osiągnąć korzystne wyniki, jak np. w zachowawczym leczeniu pneumokokowych ropniaków opłucnej (Lewkowicz, Paszkiewicz).

Jak w zapaleniu płuc nie widziałem korzystnego działania chininy podawanej doustnie, tak również nie widziałem jej jakiegokolwiek działania w ropniaku opłucnej. Inaczej rzecz się przedstawia, gdy podajemy w tych przypadkach Causyth. Nie twierdzę bynajmniej, aby miał on tutaj działać przyczynowo, jednakże skuteczne zwalczanie objawów ropniaka, zwłaszcza uporczywej i wysokiej nieraz gorączki, utrzymującej się mimo wypuszczania ropy, wybitnie ułatwia zachowawcze leczenie. Noë podnosi, że przy pomocy Causythu można osiągnąć w ropniakach opłucnej bezgorączkowy przebieg sprawy przy dobrym samopoczuciu dziecka i to nieraz w bardzo ciężkich przypadkach. W jednym z naszych przypadków prawostronnego ropniaka opłucnej wpływ Causythu był uderzający. W dniach, w których go nie podawano lub też, w których dawka była nie wystarczająca, gorączka dochodziła do 40°. Przy stosowaniu 3.5 grama Causythu, z czego 1 gram podawano rano, a resztę po 0.5 grama w równych odstępach czasu 5 razy dziennie, gorączka ustąpiła, a dziecko poprzednio apatyczne, robiące wrażenie ciężko chorego, zaczęło siadać, uśmiechało się, rozmawiało i, co przecież dla sprawy nie jest bez znaczenia, miało dobry apetyt. Po odstawieniu Causythu nastąpiło wzniesienie się ciepłoty oraz wybitne pogorszenie się ogólnego stanu dziecka, a ponowne zastosowanie leku przywróciło z obniżeniem ciepłoty również lepsze samopoczucie. Uważam przeto stosowanie Causythu w przypadkach ropniaków opłucnej za wskazane, albowiem zwalczanie za jego pomocą objawów, które niewątpliwie osłabiają chorego i powodują ciężki obraz schorzenia, wielce ułatwia przyczynowe leczenie schorzenia. Noë w przypadkach ropniaków stosował Causyth niejednokrotnie nawet przez przeciąg 5 tygodni, a mimo to nie zauważył żadnego szkodliwego działania leku.

Muszę wreszcie zwrócić uwagę na Causyth, jako lek przeciwgorączkowy w przebiegu gruźlicy. Mianowicie w jednym z naszych przypadków gruźliczego, wysiękowego zapalenia otrzewnej, ciepłota dochodząca codziennie do 38° i kilku dziesiętnych po zastosowaniu Causythu obniżyła się do stanu prawidłowego. Po wstrzyknięciu ampułki novuritu wolny płyn w jamie brzusznej uległ szybkiemu wchłonięciu, po czym ciepłota już bez podawania Causythu wróciła na stałe do stanu prawidłowego. W przypadkach gruźlicy gruczołów chłonnych okołooskrzelowych i tchawiczych wpływał wydatnie Causyth na obniżenie stanów podgorączkowych. Ghetti używał go też w gruźlicy jako środka objawowego, zwalczającego skutecznie gorączkę, a prócz tego przypisywał mu wpływ na przyśpieszenie wchłaniania się wysięków gruźliczych w przypadkach gruźliczego zapalenia otrzewnej. Wagner (2) podnosi tak samo wybitne przeciwgorączkowe działanie Causythu w gruźlicy.

Zastanawiając się nad uderzająco skutecznym działaniem Causythu, zwłaszcza w zapaleniu gośćcowym stawów, musimy powiedzieć, że robi ono wrażenie leczenia przyczynowego. Jak wynika z badań, które przeprowadzał Latzel, to działanie Causythu polegałoby na działaniu bodźcowym na ustrój, w sensie jego przestrajania. Widywał on po doustnym stosowaniu Causythu takie obrazy krwi, jakie się widzi po pozajelitowym wprowadzeniu białka. Podobnie Naegeli i Rohr, widząc bardzo dobre wyniki przy leczeniu Causythem choroby Banga tłumaczyli to działanie przestrojeniem tkanek ustroju w rodzaju nieswoistego odczulającego wpływu. Należy podkreślić, że przy podawaniu Causythu, jednocześnie z obniżeniem gorączki, następuje podniesienie się liczby leukocytów we krwi o 5—7 tysięcy. Podniesienie się to jest tylko przelotne, gdyż w kilka godzin później liczba leukocytów opada do poziomu prawidłowego. Żaden inny środek przeciwgorączkowy nie wykazuje tej właściwości, a nawet inne środki przeciwgorączkowe, wywołując obniżenie ciepłoty, sprowadzają jednocześnie, wprost przeciwnie, spadek liczby leukocytów. Jest to oczywiście objawem niepożądanym, albowiem w leukocytozie musimy dopatrywać się jednego z czynników samoobrony ustroju.

Jak podkreślają zgodnie wszyscy autorzy, przy stosowaniu Causythu nie spostrzegano nigdy poważniejszych objawów ubocznych, poza — zresztą w nielicznych tylko przypadkach występującymi — nudnościami i wymiotami. Biegunek w żadnym z przypadków u dzieci nie stwierdzałem. Na poważną ilość przypadków, w których stosowałem Causyth, miałem sposobność spostrzegania tylko u jednego z asystentów Kliniki objawy uboczne, zbliżone do tych, które występują po użyciu piramidonu. U asystenta tego mianowicie piramidon, użyty choćby w minimalnej dawce, wywołuje bardzo groźne objawy w postaci wysypki naczyniowej, obrzęku skóry znacznego stopnia, obrzęku głośni, przekrwienia spojówek oraz osłabienia, graniczącego z zapadem. Ale objawy po użyciu Causythu występują u niego w stopniu bez porównania słabszym, niż po tamtych środkach, ograniczają się mianowicie do wysypki skórnej i o wiele szybciej ustępują po użyciu wapnia z efetoniną. Zatem, jeśli jesteśmy zmuszeni do użycia środka przeciwgorączkowego u osobników uczulonych na piramidon, wskazane będzie posłużyć się Causythem, albowiem uboczne objawy będą znikome, a skutek zamierzony jest pewny. Objawy uboczne występują przy tym o wiele słabiej, jeśli Causyth podamy razem z dwuwęglanem sodowym. Co do działania napotnego Causythu, to należy podnieść, że w przeważającej części przypadków poty były obfite. Przy dłuższym stosowaniu jednakże u tego samego osobnika Causythu, działanie jego napotne zanikało, natomiast nie zmniejszało się działanie przeciwgorączkowe. Ażeby — co zwłaszcza w gruźlicy należy mieć na względzie — zapobiec powstawaniu potów, można przy tym podawać Causyth w dawkach mniejszych, a za to częściej powtarzanych. Już Wagner (2) donosił przy takim stosowaniu o korzystnych wynikach. Celem uniknięcia nudności i wymiotów, należy Causyth stosować w ½—1 godziny po jedzeniu. Najlepiej podawać Causyth w mikrolawatywce (20—30 gramów letniej wody) u dzieci małych i wrażliwych na przykry smak leków (Causyth ma smak nieprzyjemny). Można go też podawać w postaci czopków. Przy użyciu Causythu mocz barwi się na czerwono, a barwa ta wywołuje niekiedy u rodziców obawę, że chodzi o krwiomocz; należy przeto uprzedzić otoczenie o tym objawie. Należy również pamiętać, że mocz osób zażywających Causyth redukuje odczynniki Fehlinga oraz Nylandera. Causyth można bez obawy stosować w przypadkach powikłanych zapaleniem nerek, albowiem — jak to stwierdziłem w kilku tego rodzaju przypadkach — nie wpływa on bynajmniej szkodliwie na miąższ nerkowy. Na podstawie wyników, jakie otrzymywałem przy leczeniu Causythem, muszę stwierdzić, że Causyth nadaje się wybornie do leczenia rozmaitych schorzeń zakaźnych w wieku dziecięcym; toteż można powtórzyć za Noë'm, że kto raz stwierdził niezaprzeczone i niezwykle skuteczne działanie Causythu, ten na zawsze pozostanie jego zwolennikiem. Zapewne są przypadki, w których działanie Causythu nie odnosi skutku, ale wówczas tym mniej można liczyć na skuteczność innych środków. Za regułę bowiem trzeba uważać, że tam, gdzie żadnym innym środkiem wyniku nie otrzymujemy, to jeszcze Causythem osiągnąć możemy przynajmniej wyraźne, choćby tylko przelotne działanie objawowe.

Piśmiennictwo:

Bartikova i Hüttel: przyt. przez Biehlerową. — Biehlerowa M.: Warsz. Czas. Lek. Nr 18—19, 1934. — Danielopolu D.: La Presse Médicale. Nr 100, 1923. — Ghett G.: Il Policlinico. Nr 20, 1932. — Graesser: przyt. przez Spitt'a. — Kastein I.: Klin. Wschr. Nr 32, 1927. — Latzel R.: 1) Wiener med. Wschr. Nr 7, 1928. 2) Wiener Klin. Wschr. Nr 20, 1927. 3) Schweiz. med. Wochenrundschau. Nr 46, 1931. — Lewkowicz K.: Pol. Gaz. Lek. Nr 19 i 20, 1931. — Munk F.: w „Neue Deutsche Klinik" Klemperer'a, t. III. — Naegeli O. i Rohr K.: Schweiz. med. Wschr. Nr 20, 1937. — Neuman E.: Wiener med. Wschr. Nr 7, 1931. — Noë O.: Wiener med. Wschr. Nr 47, 1935. — Paszkiewicz A.: Pol. Gaz. Lek. Nr 9 i 10, 1933. — Runes G.: Wiener med. Wschr. Nr 46, 1928. — Trzecieski A.: Nowiny Lekarskie. Nr 7, Rocznik 42, 1930. — Wagner H.: 1) Wiener med. Wschr Nr 10, 1928. 2) Wiener med. Wschr. Nr 16, 1931.

BIBLIOGRAFIA

Artykuły oryginalne w czasopismach

Piśmiennictwo polskie

Nowiny Psychiatryczne. R. XIV. Z. I—IV. 1937. Tomaszewski W.: Wydzielanie wewnętrzne a psychika. — Zieliński M.: Znamiona oligofreniczne u psychopatów i ich kliniczne znaczenie. — Süsser I.: Wpływy ujemne nakłuć lędźwiowych i podpotylicznych na układ nerwowy. — Matecki Wł.: Nerwicopodobne (rzekomonerwicowe) postacie schizofrenii jako zagadnienie rozpoznawcze i lecznicze. — Hrynkiewicz

St.: Uwagi o wskazaniach i rokowaniu przy leczeniu malarią porażenia postępującego. Na marginesie materiału statystycznego Szpitala w Choroszczy. — Berezowski Fr.: Uwagi nad przyczyną padaczki samoistnej w świetle wstępnych doświadczeń kliniczno-laboratoryjnych. — Kaczyński M.: Przypadki przewlekłych psychoz w przebiegu nagminnego zapalenia mózgu. — Dretler J.: O twardniejącym zapaleniu półkul mózgowych. — Lichtensztein M.: Dwa ciekawe przypadki samouszkodzeń z praktyki więziennej. — Gierliński H. i Kuszewski St.: Z kazuistyki microcephalii u dorosłego głuptaka. — Gallus J.: Sprawozdanie z czynności zakładów psychiatrycznych i opieki rodzinnej (przy- i pozazakładowej) w Polsce za rok 1936.

Polska Stomatologia oraz Przegląd Dentystyczny. Nr 6. 1938. Cieszyński A.: Odezwa do Rządu w sprawie budowy kliniki stomatologicznej we Lwowie. — Cieszyński A.: Rozmieszczenie lekarzy dentystów w Polsce w r. 1938. — Owiński T.: W odpowiedzi Drowi J. Pietrzyckiemu na artykuł „Prosty sposób załączania elektrody przy jonoforezie.

Prasa Lekarska. Nr 6. 1938. Zempliński M.: O leczeniu jaglicy w przychodni przeciwjagliczej. — Szmurło J.: Nowotwory złośliwe krtani. Cz. II.

Therapia Nova. Nr 5. 1938. Heryng P.: Nieswoiste leczenie bodźcowe. — Szyk N.: Patogeneza i leczenie zapaści.

Droga do Zdrowia. Nr 6. 1938.

Przemysł Chemiczny. Nr 6. 1938.

Przegląd Weterynaryjny. Nr 5. 1938.

OCENY

Die Werke des Hippokrates in neuer deutscher Übersetzung. KAPFERER przy udziale STICKERA. Hippokrates-Verlag. Stuttgart-Leipzig.

Ukazały się obecnie część 15 i 18 przekładu, o którym automatycznie zdaję tutaj sprawę od lat pięciu. Część 15 zawiera anatomię i fizjologię w tej bardzo niedoskonałej postaci, w jakiej ją wyłożył Hippokrates oraz dalszy ciąg (podejrzany co do autentyczności) „Rokowań". Część 18 zawiera dalszy ciąg „Chorób". Są to rozdziały bardzo ważne w nauce Hippokratesa, oparte na patologii humoralnej, podają one szczegółowe wskazówki, jak krew puszczać, jak i co dawać na poty, na przeczyszczenie, na wymioty itd. W tej części czytelnik znajdzie na str. 73 przy omawianiu „wody w płucach" sławne zdanie: „Jeżeli się trzyma dłuższy czas ucho przy piersi i słucha, to wewnątrz kipi jak ocet". Kapferer (za przykładem innych, nielicznych autorów) sądzi, że w tym zdaniu jest sformułowana cała auskultacja. Ale co do tego, ja przynajmniej osobiście podzielam zdanie większości autorów, którzy nie godzą się na taką pośpieszną interpretację. Jeśli bowiem przyłoży się ucho do piersi przy *pleuritis exsudativa,* to wtedy bynajmniej „wewnątrz nie kipi, jak ocet", chyba, że w tym momencie przypadkowo choremu kruczy w brzuchu. Że starożytni ucho zbliżali do ciała chorego, to więcej jak pewne — w czasach i kraju, gdzie gołe ciało było daleko łatwiej dostępne, niż dzisiaj. Słyszeli na pewno różne odgłosy bardziej donośne. Ale wątpię, czy słyszeli te subtelne odgłosy, jakie stwierdza auskultacja dopiero od czasu Laënneca.

Wł. Szumowski (Kraków).

Einführung in die Kurzwellentherapie. E. FRITSCH i M. SCHUBART. II Wydanie. Str. 200, ryc. 117. Urban-Schwarzenberg. 1938. RM. 5.50.

W niespełna dwa lata po pierwszym wydaniu ukazuje się w formie rozszerzonej wydanie drugie „Wstęp do leczenia falami krótkimi". Zadowalnia on w zupełności życzenia praktyka, dając bardzo jasny wykład ograniczony do działów praktycznie ważnych. Szeroko omówiono technikę stosowania fal krótkich, wskazując na błędy, popełniane wskutek braku zasadniczych wiadomości z fizyki. Podkreślono i na przykładach zilustrowano zasadnicze prawa tworzenia pól elektrycznych i rozdziału przestrzennego energii elektrycznej w ustroju. Część kliniczną ujęto krótko, lecz bardzo przejrzyście. Drugie wydanie uzupełnione zostało rozdziałem o zastosowaniu fal krótkich w okulistyce, a nadto rozdziałem o elektropyreksji (sztuczne wywoływanie ciepłoty). Dodatkowy druk zawiera najważniejsze zasady stosowania terapii falami krótkimi. Piśmiennictwo zostało zebrane do r. 1937.

W. Grabowski (Lwów).

Z zagadnień duszpasterstwa psychiatrycznego. SYCHTA B. X. Pelplin 1938. Str. 16. Odb. z Miesięcznika Diecezji Chełmińskiej. Nr 4—5. 1938.

Na publikacje z zakresu psychiatrii pastoralnej powinny zwrócić baczniejszą uwagę koła naszych psychoterapeutów. Autor, który jest kapelanem jednego z pomorskich zakładów psychiatrycznych, wypowiada się usilnie i przekonywująco za jak najściślejszą współpracą duszpasterstwa z medycyną. Wykazuje przy tym ogromną biegłość w nowoczesnej problematyce psychiatrycznej, podkreślając szczególnie przełom, jaki się ostatnio dokonał, a który określa mianem „spsychologizowania psychiatrii". Rozumieć tu trzeba zwrot od somatyczno-materialistycznych koncepcyj ku psychologicznym. Wyrazem tych ostatnich jest wspaniały rozwój psychoterapii. Przełom ten odbił się na całej medycynie, która stara się w coraz wyższym stopniu uwzględniać rolę czynnika psychicznego. Zaznaczył się też w psychiatrii. Wprawdzie tu psychoterapia indywidualna ma mniejsze zastosowania, zwłaszcza w psychiatrii zakładowej, jednakże prawdziwe triumfy święci psychoterapia zbiorowa, np. pod postacią leczenia pracą, metod psychagogicznych itp. Słusznie podkreśla autor, że uwzględnianie przez medycynę czynnika psychicznego stanowi najpewniejszą broń przeciwko partactwu lekarskiemu. Nie bez uczucia dumy wskazuje tu na fakt, iż Kościół nigdy tego czynnika psychicznego nie zaniedbywał. W okresie panowania „psychologii bez duszy", gdy zmaterializowana medycyna w chorym nic nie widziała prócz narządów cielesnych, przedstawiciele Kościoła przy pomocy np. spowiedzi uprawiali w całym tego słowa znaczeniu psychoterapię. Z pewną goryczą natomiast autor wyraża się o braku wykształcenia psychologicznego i zrozumienia dla psychoterapii wśród niektórych lekarzy-psychiatrów w naszych zakładach. Czytamy w zakończeniu artykułu ks. Sychty: „Publiczność czasem sądzi, że wystarczy być lekarzem zakładu psychiatrycznego, aby już mieć prawo uchodzić za specjalistę, a jednak znakomici znawcy stosunków ze smutkiem stwierdzają, że w programie nauczania na wydziałach lekarskich zbyt mało albo wcale nie uwzględnia się tak doniosłej gałęzi nauk, jak psychologia, psychoterapia, psychoanaliza itp. Nie dziw tedy, że lekarze po zakładach psychiatrycznych częstokroć zupełnie nie rozumieją swych chorych od strony niecielesnej, psychicznej. O psychoterapii wyrażają się lekceważąco, patrząc na nią, jak na kuglarstwo. Jakże żądać od takich lekarzy, by umieli ocenić korzystny wpływ życia religijnego na zdrowie psychiczne chorych, by umieli urzeczywistniać hasło współpracy psychoterapeutycznej z duszpasterzem".

Na zakończenie swych głębokich refleksyj, które powinny znaleźć oddźwięk w kołach lekarskich, autor wyraża nadzieję, że te objawy pewnego zacofania psychiatrii zakładowej ustąpią, że „zwycięży w końcu wpływ naszych wybitnych mężów nauki i doczekamy się pełnego spsychologizowania naszej psychiatrii. Wtedy dopiero rola duszpasterstwa psychiatrycznego doczeka się powszechnego uznania".

T. B.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

Patologia

O wpływie narkozy międzymózgowia na poziom jodu w chorobie Basedowa. E. FENZ i K. UIBERRAK. Wien. Arch. f. inn. Med. T. 30. Z. 2. 1937.

Po poprzednich wynikach wyłączenia międzymózgowia przy pomocy weronalu, czy prominalu, a dotyczących poprawy objawów klinicznych w chorobie Basedowa, autorzy w obecnej pracy zajęli się poziomem jodu we krwi w tych samych warunkach. Opierając się na pewnym zresztą hipotetycznym związku między tarczycą a międzymózgowiem, w którym niektórzy dopatrują się ośrodka regulującego czynnością tarczycy, należało by zwrócić uwagę na trzy możliwości, które mogą zachodzić w przypadkach nadczynności tego gruczołu, po wyłączeniu międzymózgowia: 1) narkoza międzymózgowia mogłaby już wytworzoną tyroksynę niweczyć lub w działaniu osłabiać przez wyłączenie ośrodków wegetatywnych, w których niektórzy widzą punkt zaczepienia tyroksyny, 2) istnieje możliwość wpływu hamującego wydzielanie hormonu tarczycy w przypadkach takiego uśpienia. Wreszcie 3) należy liczyć się i z tą możliwością, że sama tarczyca, nie pobudzana przez wyłączone ośrodki, produkcję hormonu zwalnia. Jod we krwi oznaczano metodą Leiperta, we-

dług którego wartości u ludzi zdrowych wynoszą od 9—12 γ %. Poza tym równolegle wykonywano badania P. S.

Wyłączenie międzymózgowia u ludzi zdrowych nie wpłynęło na poziom jodu we krwi. Natomiast w przypadkach nadczynności tarczycy, choroby Basedowa, stale stwierdzano przejściowy (od 4—11 dni) spadek jodu we krwi i to analogicznie do zachowania się P. S. w poprzednich doświadczeniach. Spadki były tym znaczniejsze, im wyższe były wartości wyjściowe. Nie można było stwierdzić równoległości zachowania się J i P. S. (najwyższy J 32 γ %, a P. S. + 46.9%; albo np. P. S. + 99.2%, a J 15 γ %). Autorzy spadek jodu w chorobie Basedowa przypisują pewnemu rodzajowi zahamowania produkcji hormonu tarczycy w związku z wyłączeniem ośrodków wegetatywnych międzymózgowia. *St. Malczyński* (Lwów).

Czy w przypadkach otyłości da się stwierdzić wzrost hormonu tarczycozwrotnego? ADLER-MONNICH i RENZO TIBERI. Wien. Arch. f. inn. Med. T. 30. Z. 2. 1937.

Prace Merklena, Arona i innych zwróciły uwagę na wzrost hormonu tarczycozwrotnego u ludzi otyłych, który ma być wyrazem wzajemnego stosunku tarczycy i przysadki mózgowej. W przypadkach niedostatecznej czynności tarczycy zaznacza się zastępcza nadczynność przysadki w związku z produkcją tego hormonu, co też prowadzi do jego wzrostu w moczu. Autorzy wykonując badania kontrolne, posługiwali się jako miarą tarczycą świnek, którym wstrzykiwali 5 cm³ moczu albo surowicy ludzi otyłych przez 5 dni codziennie. Na 5 przypadków, tylko w jednym stwierdzono pewne zmiany w tarczycy pod postacią występowania wodniczek w koloidzie oraz podwyższenia nabłonka. Dlatego na tej podstawie, według autorów, w sprzeczności z zapatrywaniem Merklena i innych, nie można mówić o wzroście hormonu tarczycozwrotnego w moczu u ludzi otyłych. *St. Malczyński* (Lwów).

Gastroskopia jako metoda badania. S. DOBRYSZYCKI. Medycyna. Nr 1. 1938.

We wstępie pracy autor podaje krótki rys historyczny rozwoju wziernikowania żołądka, które właściwie od roku 1932, tj. od czasu wprowadzenia półsztywnych oraz giętkich aparatów, zamiast poprzednich sztywnych, stało się dostępne dla ogółu lekarzy. Po omówieniu gastroskopu Wolfa-Schindlera, autor opisuje technikę wprowadzania gastroskopu oraz możliwości stwierdzania pewnych zmian nie tylko na błonie śluzowej żołądka, ale i w warstwach głębszych, zwłaszcza przy użyciu światła żółto-czerwonego, przenikającego w głąb śluzówki; poza tym i wypełnianie żołądka powietrzem przy równoczesnym oglądaniu jego ściany daje pojęcie o napięciu żołądka, kurczliwości jego mięśniówki. Autor podkreśla wartość tej metody badania, która dzięki możliwości bezpośredniego oglądania powierzchni wnętrza żołądka zbliża się, a nawet przewyższa diagnostyczną próbną laparotomię z otwarciem żołądka. Gastroskopia i badanie rentgenowskie uzupełniają się wzajemnie, przy czym dziedziną pierwszej są subtelne zmiany żołądka, nieżyty, drobne polipy, drugiej zaś stan napięcia żołądka, jego wielkość, położenie, własności zarysów, peristaltyka, opróżnianie, sprawy umiejscowione w żołądku, jak większe guzy i wrzody. Doniosłe znaczenie gastroskopii łączy się z możnością ustalenia wczesnego rozpoznania schorzeń niedostępnych badaniom klinicznym i rentgenowskim oraz z dokładną oceną postępów leczenia. *St. Malczyński* (Lwów).

Serce a niedotlenienie. L. BINET, M. V. STRUMZA i J. H. ORDONEZ. Arch. Mal. Coeur. Nr 1. 1938.

Autorzy doprowadzali psom powietrze o niskim częściowym ciśnieniu tlenu i badali zmiany, zachodzące w układzie krążenia pod wpływem niedotlenienia. Krzywe elektrokardiograficzne wykazały różne odchylenia, zależnie od zawartości tlenu w powietrzu. Ciśnienie częściowe tlenu, odpowiadające wysokości 8.000 m powoduje odwrócenie załamka T. W warunkach odpowiadających 15.000 m pojawia się dodatnie bardzo wysokie T, wychylenie R zmniejsza się, załamek P obniża się, a w okresie bezdechu wywołanego niedotlenieniem pojawia się rytm węzłowy. Nagły powrót do atmosfery normalnej powoduje częstoskurcz zatokowy.

Autorzy spostrzegali również niekiedy zatrzymanie się czynności serca przed ustaniem ruchów oddechowych. *H. Weber* (Lwów).

Elektrokardiogram u ludzi w podeszłym wieku. A. DUTHOIT, H. WAREMBOURG i PINCHART. Arch. Mal. Coeur. Nr 1. 1938.

Autorzy badali zachowanie się krzywej EKG u 116 osobników obojga płci w wieku od 60—88 lat. Badani nie wykazywali klinicznie wyraźniejszych zaburzeń układu krążenia. Autorzy spostrzegali skurcze dodatkowe komorowe, drżenie przedsionków, przedłużenie przewodnictwa przedsionkowo-komorowego, blok odgałęzienia, zawęźlenia R i S, izolowane zmiany załamka T.

Za zmiany poważne uważają niski woltaż wychyleń i blok odgałęzienia.

Natomiast izolowane odchylenia fali P czy T, zawęźlenia R i S nie mają, zdaniem autorów, żadnego znaczenia rokowniczego. Częstość ich występowania w podeszłym wieku, przy równoczesnym braku wybitniejszych objawów klinicznych i rentgenologicznych sprawia, że autorzy uważają wymienione zmiany za zjawisko stałe, niejako fizjologiczne dla starości. *H. Weber* (Lwów).

Przypadek podwójnego rytmu przedsionkowego. C. LIAN i V. GOLBLIN. Arch. Mal. Coeur. Nr 1, 1938.

Autorzy omawiają elektrokardiogramy 71-letniej kobiety, u której przed 5 laty wystąpił zawał mięśnia sercowego, powodując następowo częściowy blok przedsionkowo-komorowy.

W odprowadzeniu S_5 (rękojeść mostka, V przestwór międzyżebrowy prawy) wykazał EKG podwójny rytm przedsionkowy, mianowicie dodatnie załamki po częstości 88 uderzeń na minutę oraz ujemne fale po częstości 76 na minutę.

Autorzy tłumaczą powstanie tego podwójnego rytmu zupełnym rozkojarzeniem śródprzedsionkowym, któremu towarzyszy w tym przypadku również rozkojarzenie przedsionkowo-komorowe. Przyczyną obu rozkojarzeń jest miażdżyca naczyń wieńcowych.

Powyższy przypadek podwójnego rytmu przedsionkowego jest 9 ogłoszonym dotąd w piśmiennictwie. *H. Weber* (Lwów).

Witamina K w patologii ludzkiej. H. DAM i J. GLAVIND. The Lancet. Str. 720, 1938.

Witamina K jest ciałem rozpuszczalnym w tłuszczach, które chroni niektóre ptaki przed schorzeniem krwotocznym, polegającym na zmniejszonej zawartości protrombiny.

Kurczęta i króliki na diecie pozbawionej witaminy K wykazują do 14—24 dni objawy krwawiączki. Szczury, świnki morskie i młode psy są odporne na K-awitaminozę. Witamina K jest zawarta obficie w zielonych liściach, w małej ilości w drożdżach i nasionach kiełkujących, zaś brak jej w zbożach, marchewce, cytrynach, ziemniakach, tranie itp. Zwierzęta, które mogą się obejść bez witaminy K, prawdopodobnie otrzymują ją dzięki procesom bakteryjnym w jelicie. Człowiek na diecie bez witaminy K wykazuje jeszcze po tygodniu znaczne ilości w kale. W moczu witamina K się nie zjawia.

Wiadomo, że w schorzeniach dróg żółciowych pojawia się nieraz skaza krwotoczna, która jest następstwem zmniejszonego wchłaniania witamin rozpuszczalnych w tłuszczach, a więc też witaminy K. Autor podał technikę oznaczenia witaminy K we krwi. Stwierdził zmniejszenie jej zawartości w schorzeniach dróg żółciowych, przebiegających z zahamowaniem wydzielania żółci (kamica żółciowa, rak). W przebiegu innych schorzeń krwi (małopłytkowość, niedokrwistość aplastyczna, krwawiączka, *sprue, myeloma)* nie stwierdza K-awitaminozy.

Dożylne wstrzykiwanie stężonych roztworów witaminy K u kurcząt z K-awitaminozą przywraca w ciągu 5 godzin zdolność krzepnięcia krwi. Wstrzykiwanie domięśniowe jest również skuteczne, przywrócenie jednak zdolności krzepnięcia pojawia się po dłuższym czasie. Do wstrzykiwań podskórnych należy używać roztworów wodnych witaminy K.

Autorowie otrzymywali bardzo dobre wyniki w żółtaczkach na tle zatkania dróg żółciowych (rak). Po 5 dniach po wstrzykiwaniu przez 3 dni po 15 mg witaminy K wzmagała się wybitnie zdolność krzepnięcia krwi. *Wł. Elmer* (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce

Uszkodzenie mięśnia podczas służby wojskowej. K. NEIDHARDT i W. THIERSCHMANN. Ztschr. f. kl. Med. 133, 449, 1938.

Omówienie 8 przyp. uszkodzenia mięśnia u żołnierzy w wieku 20—25 lat, z których 6 poprzedzało zapalenie migdałków, jeden grypa i jeden czyraczność. Przeważnie występowały zaburzenia rytmu, mianowicie: trzykrotnie zupełny blok przedsionkowo-komorowy, dwukrotnie blok odgałęzienia czyli gałązkowy, dwukrotnie różnokształtne skurcze dodatkowe komorowe, a w jednym przypadku interferencja z rozkojarzeniem. Ponadto były w wielu przypadkach: zmiana odcinka S-T i wychylenia następowego.

Należy zwracać większą uwagę na dolegliwości żołnierzy po zapaleniu migdałków, grypie itp. i badać dokładnie, gdyż coraz częściej opisuje się ujawnienie uszkodzenia mięśnia po ćwiczeniach wojskowych i marszach. *H. Długosz* (Lwów).

Czerwienica i wrzód dwunastnicy. A. SCHNEIDERBAUR. Ztschr. f. kl. Med. 133, 474, 1938.

Opis przypadku wrzodu dwunastnicy trwającego dwadzieścia lat, w którym podczas jednego z okresów pogorszenia rozwinęła się typowa czerwienica, cofająca się nieco w miarę gojenia wrzodu. Autor uważa przypadek za jeszcze jeden dowód słuszności teorii Hitzenbergera o żołądkowym powstawaniu czerwienicy. Ilość czynnika Castle'a w soku żołądkowym oznaczona metodą Singera nie była większa, niż normalnie, gdyż ilość retikulocytów zwiększyła się z 12‰ na 60‰. Stąd autor wnioskuje, że teoria Hitzenbergera jest słuszną, tylko metodą Singera nie można wykazać zwiększenia czynnika Castle'a.

H. Długosz (Lwów).

Kliniczno-elektrokardiograficzna analiza działania Veritolu na człowieka. R. ASCHENBRENNER i Q. CODAS-THOMPSON. Ztschr. f. kl. Med. 133, 483, 1938.

Veritol, produkt syntetyczny, wyrobu Knolla, jest 1-p-Oxyphenyl-2-metyl-aminopropan, a więc z grupy adrenaliny i efedryny. Na podstawie pierwszych doświadczeń na psach podano szeroki zakres działania preparatu i podkreślano jego nieszkodliwość. Jednakże systematyczne badania autorów dowiodły naocznie, że Veritol można stosować z pożytkiem tylko w zapaści pooperacyjnej u ludzi ze zdrowym sercem i to w dawce początkowo 10—20 mg domięśniowo lub dożylnie, stale kontrolując ciśnienie. Natomiast Veritol jest szkodliwy dla ludzi z niskim ciśnieniem na tle niedomogi serca, gdyż obciąża serce, podnosząc ciśnienie i pobudzając ośrodki heterotropowe serca (skurcze dodatkowe, rytm węzłowy). *H. Długosz* (Lwów).

Nowe badania preparatu Nowarsenobenzol Billon. FR. REFFY. Schweiz. Med. Woch. Nr 9, s. 202, 1938.

Na materiale 80 chorych kiłowych stosowano wyłącznie nowarsenobenzol, a zalety preparatu oceniano w wyniku terapeutycznym znikaniem krętków, gojeniem się owrzodzeń i cofaniem się wykwitów skórnych oraz znikomością występowania objawów ubocznych (nudności, wymioty, wysypki toksyczne, powikłania nerkowe). Autor podkreśla, że podczas gdy w latach 1928 i 1929 na 470 iniekcyj nowarsenobenzolu i 1255 neosalwarsanu ilość przypadków nietolerancji wynosiła procentowo wobec pierwszego preparatu 3%, a drugiego 2,7%, to obecnie w latach ostatnich cyfry te się zmieniły na korzyść nowarsenobenzolu (nowarsenobenzol 1,6%, neosalwarsan 3,6%). W konkluzji pracy podnosi autor, że często dla chorych nieprzyjemny zapach preparatu arsenobenzolowego jest stosunkowo łagodny i znośny przy nowarsenobenzolu; nowarsenobenzol nie drażni nerek, a erytrodermie niekiedy występujące są słabego nasilenia i szybko ustępują. Uboczne objawy naczyniowo-nerwowe są procentowo mniej częste po nowarsenobenzolu niż po neosalwarsanie. Nowarsenobenzol wg doświadczeń autora dorównuje w zupełności neosalwarsanowi, a w przypadkach nietolerancji u chorych na inne preparaty arsenobenzolowe, wybiera go autor przede wszystkim jako najmniej toksyczny.

W. S. Hołobut (Warszawa).

O wyleczeniu dalszych przypadków rozmiękczenia rogówki za pomocą witaminy A i o warunkach skutecznego stosowania tego rodzaju środków. H. BRUGSCH. Münch. med. Woch. Nr 28. Str. 1062. 1934.

Autor pisał już w roku 1933 o skutecznym leczeniu rozmiękczenia rogówki u niemowląt za pomocą karotyny i Voganu. W tym roku obserwował jeszcze dalsze 2 przypadki tego schorzenia, które leczono za pomocą Voganu. Obydwa, szczegółowo opisane przypadki, świadczą o znakomitym działaniu Voganu w rozmiękczeniu rogówki. Przy leczeniu preparatami witaminy A należy brać pod uwagę, co następuje:

1. Preparat witaminy A musi w czasie jego stosowania posiadać jeszcze wielką skuteczność witaminy A.

2. Nie ma zupełnej pewności, że preparaty witaminy A zostaną wchłonięte w przewodzie pokarmowym, zaleca się dlatego na początku leczenia stosować także wstrzykiwania podskórne lub domięśniowe. Uzyskuje się tym sposobem szybsze wchłonięcie, od którego zależy skuteczność leczenia wobec szybkiego postępowania rozmiękczenia rogówki.

3. Jako dawki lecznicze wystarczały dawki 3 razy dziennie po 5 kropel Voganu doustnie i 0,5 cm³ podskórnie przez szereg dni lub jednorazowe domięśniowe wstrzyknięcie 2 cm³. Zasadniczo wystarcza trzytygodniowe leczenie.

4. Należy zwracać bardzo dużą uwagę na zapobieganie i leczenie spraw zakaźnych.

5. Wskazana jest specjalna dieta, ponieważ u niemowląt z zaburzeniami w odżywianiu i rozmiękczeniem rogówki zachodzi obawa pogorszenia wypróżnień po podaniu olejowego preparatu witaminy A. *J. Bader* (Warszawa).

W sprawie leczenia androstiną przerostu gruczołu krokowego. V. ERDÉLYI. Wiener med. Woch. Nr 51, 1937.

Autor od dawna stosuje androstinę w różnych zaburzeniach psychicznych w przekwitaniu u mężczyzn, w nerwicach płciowych oraz impotencji. Ostatnio próbował ten preparat w przeroście gruczołu krokowego w postaci wstrzykiwań i tabletek podaje następujący schemat postępowania: w ciągu 12 dni co dzień na przemian 1 ampułka androstiny A i B, następnie ponownie 12 ampułek co drugi dzień, a nadto 3 razy dziennie po 1—2 tabletki w ciągu 6—8 tygodni. Po sześciu miesiącach leczenie powtarza. W większości wypadków wynik leczenia był zdumiewający: już po pierwszym leczeniu gruczoł wyraźnie zmniejszał się, jednocześnie ustępowały zaburzenia w oddawaniu moczu, chorzy podkreślali znaczną poprawę samopoczucia i potencji płciowej. W jednym wypadku mógł stwierdzić wyraźne obniżenie wzmożonego ciśnienia krwi. Od kilku miesięcy autor stosuje perandrenę samą, bądź w połączeniu z tabletkami androstiny. *W. Kurowski* (Warszawa).

Chirurgia, położnictwo i ginekologia, stomatologia

Spostrzeżenia dotyczące następstwa wycięcia kiszki grubej lub po założeniu przetoki jelita biodrowego. L. D. WHITTAKER i J. A. BARGEN. Surg. Gyn. a. Obstr. Vol. 64/5, 1937.

Kiszka gruba odgrywa ważną rolę w ustroju jako narząd wydzielniczy i wydalniczy, stąd też sądzono, że wycięcie lub wyłączenie kiszki grubej musi powodować szereg zmian ogólnych i miejscowych. Autorowie przeprowadzili swoje spostrzeżenia na 40 przypadkach wycięcia kiszki grubej i 5 przypadkach jej wyłączenia, przy czym najczęstszym wskazaniem dla tego postępowania operacyjnego były następujące schorzenia: przewlekłe wrzodziejące zapalenie kiszki grubej (*colitis ulcerosa chronica*), klejowatość kiszki grubej (*colitis polyposa*), zwężenia odbytnicy i ropnie okołoodbytnicze. Powyższe badania wykazały nieznaczne zaburzenia w przemianie soli mineralnych, mianowicie zmniejszenie się poziomu wapnia we krwi, który osiąga wartości prawidłowe dopiero w miesiąc po zabiegu, brak natomiast zaburzeń w przemianie azotu, fosforu i chlorków. Badania radiologiczne przewodu pokarmowego dawały obraz rozszerzenia końcowej części jelita biodrowego, jednakże nie w tym stopniu, by mógł objętościowo zastąpić wyłączony zbiornik kiszki grubej. Stolce o oddziaływaniu zasadowym, z początku bardzo wodniste (91.2% zawartości wody), zwykle osiągały stopniowo prawidłową spoistość w ciągu 3 miesięcy od chwili zabiegu operacyjnego; w tym też okresie chorzy osiągali zwykle prawidłową wagę i siły ustroju. Zagęszczenia stolców nie można przypisać zmianom w motoryce jelita biodrowego, gdyż ta pozostawała, według spostrzeżeń autorów, przez cały czas niezmienioną, wbrew dawniejszym poglądom Weissa, według których zauważyć można u psów po wycięciu lub wyłączeniu kiszki grubej ruchy motoryczne jelita biodrowego, charakterystyczne dla kiszki grubej; zagęszczenie stolca miało być, zdaniem tego autora, powodowane powolniejszym pasażem treści przez jelito biodrowe.

Powyższe badania autorów dowodzą, że wyłączenie lub wycięcie kiszki grubej nie powoduje poważniejszych zaburzeń ustroju ludzkiego, a zatem zabiegi te nie wykluczają chorego z udziału w życiu społecznym. *W. Bross* (Lwów).

Nowy sposób zespolenia dróg żółciowych z żołądkiem. C. L. HOAG. Surg. Gyn. a. Obstr. Vol. 64/6, 1937.

Częstym następstwem operacyj woreczka żółciowego, połączonych zwłaszcza z otwarciem i zgłębnikowaniem przewodów żółciowych, jest bliznowate zwężenie przewodu żółciowego wspólnego. Wśród sposobów operacyjnych, zmierzających do przywrócenia łączności dróg żółciowych z przewodem pokarmowym, wymienić należy: 1) zabiegi wytwórcze na samym przewodzie żółciowym wspólnym, 2) wycięcie zbliznowaciałego odcinka z następowym zespoleniem odcinków przewodu żółciowego, 3) zespolenie rozszerzonych przewodów żółciowych z różnymi odcinkami przewodu pokarmowego (dwunastnica, żołądek,

jelito czcze, lub biodrowe, kiszka gruba), 4) wszczepienie przetoki żółciowej do jelita.

Wśród wymienionych sposobów największe zastosowanie znajduje zespolenie dróg żółciowych z dwunastnicą lub żołądkiem. Autor podaje nowy sposób wykonania zespolenia przewodu żółciowego wspólnego z żołądkiem. Po nacięciu ściany żołądka zostaje wydobyta przez powstały otwór błona śluzowa i podśluzowa żołądka, wytwarzając w ten sposób rurkę długości około 3 cm, którą usztywnia się przez wprowadzenie do jej światła małego drenu gumowego, umocowanego następnie do brzegów kilkoma szwami. Po otwarciu przewodu żółciowego wspólnego wprowadza się doń wytworzoną rurkę zespalającą, ustalając ją w tym położeniu szwem kapciuchowym; zeszycie surowicówki przewodu żółciowego i żołądka zabezpiecza miejsce połączenia.

Zespolenie dróg żółciowych (woreczek żółciowy, przewód żółciowy wspólny) z żołądkiem według opisanej techniki daje się wykonać szybko i bez większych trudności technicznych.

W. Bross (Lwów).

Higienia i medycyna społeczna

Rak płuc, jako choroba zawodowa. L. TELEKY. Journal of Industrial Hygiene and Toxicology, luty, 1937.

W początku artykułu autor omawia sprawę zwiększenia się ilości przypadków raka płuc i tłumaczy to coraz lepszymi metodami rozpoznawczymi oraz zwiększeniem się ilości wykonywanych sekcyj. Gdy 20 lat temu rozpoznawało się 5% raków wykrytych na sekcji, obecnie cyfra ta wzrosła do 50%, podobnie zresztą jak z krzemicą, którą dzisiaj rozpoznaje się i sprawdza na sekcji w tysiącach przypadków, podczas gdy 15 lat temu, rozpoznanie nie było stawiane w ogóle. Jakkolwiek raka płuc spotyka się u robotników, pracujących przy materiałach drażniących drogi oddechowe, jednak kilkunastoletnie doświadczenie wielu badaczy nie stwierdza zależności raka płuc od zawodu. Nawet u osobników ze zmianami krzemicowymi płuc, raka spotyka się rzadko (10 przypadków raka w Południowej Afryce na 2006 przypadków krzemicy).

Pomimo stwierdzenia tego faktu, należy wziąć pod uwagę dwie specjalne grupy, w których związek między pracą a rakiem bez wątpienia istnieje.

Pierwsza — to robotnicy, zatrudnieni przy chromie. W ciągu ostatnich 5 lat stwierdzone zostało kilkadziesiąt przypadków raka płuc u robotników, zatrudnionych w fabrykach niemieckich przy tym metalu, co zdaje się usprawiedliwiać przyjęcie raka chromowego jako osobnej jednostki. Jeżeli nie zauważono raka płuc w nowocześnie urządzonych fabrykach, to należy pamiętać, że są one młode, a rak płuc w fabrykach starych rozwijał się po 20 latach pracy. Po drugie, warunki higieniczne pracy są gruntownie zmienione i w powietrzu unosi się o wiele mniej pyłu.

Drugą grupę stanowią górnicy, zatrudnieni w kopalniach Schneebergu i Jachimowa przy wydobywaniu rudy i otrzymywaniu radu. W latach 80-tych ubiegłego stulecia na zatrudnionych w Schneebergu 600—700 górników umierało przeciętnie 28—32, z czego 75%, czyli 21—24 na raka płuc. W większości wypadków choroba zjawiała się po 20 latach pracy. „Wszyscy górnicy, którzy nie zmarli wskutek wypadku lub jakiejś sprawy ostrej, ginęli w końcu na raka". Mimo zwracanej na tę sprawę uwagi, nie wysnuto odpowiednich wniosków, gdyż bakteriologia zajęła uwagę świata lekarskiego.

W latach 1905—1912 na raka płuc zmarło 58 górników na ogólną ilość 134, a w latach 1875—1912 — 276 na 665, co stanowi 44 i 41%. Jest przy tym możliwe, że wielu zmarłych z rozpoznaniem innej choroby płuc lub gruźlicy zmarło również na raka. W roku 1922 dokonano szczegółowego klinicznego i radiologicznego badania wszystkich zatrudnionych (154) oraz niektórych zwolnionych z powodu inwalidztwa lub innych przyczyn (132) i stwierdzono kilka przypadków gruźlicy, 17 pylic płucnych czystych (4 dały później zmiany rakowate) oraz 17 pylic z wyraźnymi guzami w tkance płucnej.

Podczas $3^1/_2$-letniej obserwacji zmarło 21 osobników, przy czym u wszystkich 13, którzy byli poddani sekcji, stwierdzono raka płuc. Najmłodszy zmarły liczył 37 lat, najstarszy 69, niektórzy z nich opuścili kopalnię na wiele lat przed śmiercią (jeden 22 lata).

Najczęstszymi objawami są: uporczywy kaszel z lepką, czasami krwawą plwociną i przeszywające bóle w plecach, stłumiony odgłos opukowy w górnej części płuc z osłabionym oddechem. Radiologicznie stwierdza się cienie w obrębie części lub całości płata płucnego, bardziej nasilone, niż wywołane pylicą, pochodzące od mas guzowatych w tkance płucnej lub wywołane zatkaniem oskrzela i zapadnięciem tkanki płucnej albo zmianami zapalnymi w płucach. W 12 przypadkach były to raki płasko-komórkowe, w 3 — drobnokomórkowe, w 6 — raki proste *(carcinoma simplex).* Niekiedy zdarzały się guzy mieszane.

Podobne, ale nieco mniejsze cyfry przypadków raka płuc stwierdzono w Jachimowie. Dla znalezienia przyczyny raka płuc wzięto pod uwagę cały szereg substancyj, z którymi stykają się robotnicy przy pracy w wymienionych okręgach przemysłowych a więc arsen, srebro, nikiel, kobalt, rudy bizmutu, następnie pleśnie grzybkowe, nie udało się jednak znaleźć poszukiwanego związku.

Systematyczne badania od r. 1908 były przeprowadzane w przemyśle, otrzymującym rad z rudy uranowej i stwierdzono ogromne ilości emanacji radowej, zarówno w wodzie, jak i w powietrzu. Autor stwierdza, że aczkolwiek cząsteczki emanacji są usuwane z organizmu w kilkanaście godzin po zaprzestaniu pracy, jednak mają działanie zbiorowe na organizm. Ponieważ wszystkie inne sposoby na wytłumaczenie powstania raka płuc zawiodły, należy dojść do wniosku, że istnieje potężne działanie radioaktywne powietrza i wody w tych kopalniach, który to czynnik, nie będąc obecny w żadnych innych kopalniach, powoduje powstanie raka płuc, znalezionego tylko u tych górników.

Poza tym znane są przypadki powstawania guzów złośliwych, np. mięsaków u malarzy tarcz zegarowych za pomocą farb, zawierających substancje radioaktywne oraz raka płuc u pracujących w fabryce radu. Badania krwi, wykonane u górników, wykazały zmniejszenie się ilości krwinek czerwonych, niekiedy do połowy. Badania doświadczalne na zwierzętach, prowadzone przez Löwy'ego, nie potwierdzają wysnutych powyżej wniosków, ale przyczyna najprawdopodobniej tkwi w zupełnie innych warunkach doświadczenia, niż te, które zachodzą przy pracy górników, gdzie działanie substancyj radioaktywnych trwa przecież całe lata.

Zastanawiając się nad możliwością wywoływania raka płuc przez pył, stwierdza autor, że nie odgrywa on żadnego znaczenia i że rak może się rozwinąć na skutek działania substancyj radioaktywnych, niezależnie od działania pyłu, który wywołać może tylko rozległe zmiany włókniste.

Godne uwagi są fakty, że śmiertelność na raka płuc w okręgach bogatych w rad, jest niekiedy 3-krotnie wyższa od okręgów, nie posiadających tej substancji.

Sprawa zapobiegania powstawaniu raka płuc jest niezmiernie trudna. Badacze tego problemu myślą przede wszystkim o zapobieganiu pylicom płuc, stosując maski, wiercenie na mokro, stosowanie bryzgów piany, wyłapywanie pyłu w chwili jego powstawania. Poza tym nakazują czystość osobistą, codzienną kąpiel, używanie szczelnej odzieży itd. Środki te, jakkolwiek wskazane, nie mają jednak wielkiego znaczenia przy ochronie przed działaniem radu i emanacji. Ostatnio poddano myśl użycia przyrządów oddechowych z węglem zwierzęcym, jednak zdaje się, iż węgiel drzewny lepiej pochłania emanację radową. Węgiel koksowy absorbuje prawie 100% w ciepłocie pokojowej, ale nieunikniona wilgoć obniża jego czynność. Pomimo że odpowiednio dostosowane przyrządy oddechowe zmniejszyłyby nieco niebezpieczeństwo, górnicy jednak nie mogą ich nosić stale, ze względu na swą ciężką pracę.

Należy przeprowadzić badania, aby ustalić, w jakim czasie i w jakich warunkach takie respiratory są skuteczne. Bez wątpienia, najskuteczniejszym sposobem zapobiegania jest skrócenie pracy dziennej, zwiększenie dni odpoczynku oraz wczesna emerytura. Te sposoby eliminują długie i stałe narażenie się na działanie radu, co ma ogromne znaczenie w etiologii raka płuc.

Według badań dotąd przeprowadzonych, inhalacja płynu nie powoduje powstawania raka płuc. Jak dotąd, dało się ustalić tylko dwie przemysłowe przyczyny:

1) wdychanie pyłu chromowego wywołuje stosunkowo częste pojawianie się tej choroby, a być może również i raka przewodu pokarmowego,

2) wdychanie emanacyj radowych połączone z wdychaniem pyłu, zawierającego rad, powoduje dużo przypadków raka płuc pośród górników i sprawia, że większa część tych ludzi umiera na raka płuc. Choroba ta była obserwowana również u pracowników, mających do czynienia z radem.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY

Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie

Roczne zebranie sprawozdawcze w dniu 28 lutego 1937 roku

Przewodniczy: prezes kol. Łokczewski

Otwierając posiedzenie, prezes zwraca się z apelem do kolegów, aby brali czynny udział w pracy Towarzystwa. Zarząd T-wa uważa, że wszyscy lekarze powinni być członkami, przede wszystkim zaś koledzy pracujący w różnych instytucjach i na odpowiednich stanowiskach.

Z kolei wysłuchano sprawozdań rocznych sekretarza, skarbnika i bibliotekarza.

Na wniosek komisji rewizyjnej udzielono Zarządowi absolutorium. W wyniku wyborów powołani zostali: kol. Łokczewski — prezes, Batawia — wiceprezes, sekretarze — Szwedowski i Hallemanowa, skarbnik — Szaniawski, bibliotekarz — Frenkenberg, członkowie Zarządu — Mikulski i Borkowski; do komisji rewizyjnej weszli koledzy: Petrykał, Franke i Konar.

Sekretarze: *Szwedowski i Hallemanowa.*

Posiedzenie w dniu 22 marca 1937 roku

Przewodniczy: prezes kol. Łokczewski

Odczytano protokoły z dnia 20. XII. 1936 r. i 20. II. 1937 r.

Pokazy: Kol. Szaniawski *omawia przypadek małopłytkowości samoistnej u dziecka leczonego przetoczeniem krwi.*

Chłopiec, 2½ lat, drugie dziecko rodziców zdrowych (wywiady rodzinne bez znaczenia). Zachorował nagle na 2 dni przed przybyciem do szpitala. Dostał wysypki na tułowiu i kończynach. Wysypka po kilkunastu godzinach przybrała postać plamek, zjawiło się krwawienie z dziąseł, stolce o wyglądzie smoły. Dziecko dobrej budowy i odżywienia, blade, dostarczone do szpitala wieczorem, robiło wrażenie ciężko chorego. Na kończynach, tułowiu i twarzy liczne podskórne wybroczyny, wielkości od łebka szpilki do monety 2 zł. Objaw opaskowy wybitnie dodatni. Płuca i serce bez zmian chorobowych, krwawienie z dziąseł; pomimo wstrzykiwania coagulenu i żelatyny stan wybitnie się pogarszał. Tętno stale przyśpieszone, 150 na minutę, tony serca głuche. Badanie wykazało: krzepliwość 7 min. 20 sek., c. cz. 2,750.000, c. b. 23.500, Hb 45%, wskaźnik 0,8. Płytek 25—30 tysięcy. Mocz bez zmian. Wassermann we krwi matki ujemny.

Rozpoznanie: małopłytkowość samoistna.

Cierpienie polegające na zaburzeniach układu płytkowego.

W rozpoznaniu różniczkowym należy brać pod uwagę nagły początek, nie poprzedzony żadnym zakażeniem. Objawy kliniczne: wybroczyny skórne, błon śluzowych oraz zmiany we krwi.

Zastosowano przetoczenie krwi, którego dokonał dr Dobrzyński w ilości około 100 cm³. Na drugi dzień po przetoczeniu wyraźna poprawa, z dniem każdym stan coraz lepszy, dziecko samo siedzi i domaga się jedzenia.

Badanie krwi — krzepliwość 5 min. 18 sek.

Hb 50%, c. czerwonych 3,360.000, c. biał. 18.000, wskaźnik 0,75%, płytek 60.000, poikilocytoza, anizocytoza i polichromatofilia. Do wewnątrz wapń, witamina C i preparaty żelaza. W danym wypadku przetoczenie krwi okazało się środkiem ratującym życie.

Małopłytkowość należy do wypadków, gdzie przetoczenie krwi daje wybitne wyniki. Rokowanie co do dalszej przyszłości należy stawiać ostrożnie, albowiem mogą być nawroty. Gdyby takowe powtarzały się, należy pomyśleć o wycięciu śledziony lub rentgenoterapii śledziony.

Dyskusja. Kol. Wasilewski uważa, że przy niemożności dokonania przetoczenia krwi można użyć zwykłej surowicy. Przypuszcza bowiem, że przy przetoczeniu krwi właśnie surowicy należy przypisać dodatnie wyniki; mówi również o tym, że należało by różniczkować z chorobą Barlowa.

Kol. Szaniawski zauważa, że przy przetoczeniu krwi w przypadku choroby Werlhoffa, lepiej działa krew bez dodatku cytrynianu sodu.

Poza tym głos zabierali: Kol. Lipiński, Kolin, Dobrzyński, Szwedowski i Piltz. Ten ostatni sądzi, że ze względu na małą liczbę przypadków tej choroby należało by podać ten przypadek do wiadomości prof. Pelczara w Wilnie, który dużo pracuje w tej dziedzinie.

Następnie prezes kol. Łokczewski wygłosił przemówienie z powodu zgonu w dniu 18 lutego br. śp. Henryka Nussbauma, profesora honorowego Uniwersytetu J. P. w Warszawie, członka T-wa Lekarskiego Warszawskiego, Wileńskiego i Kaliskiego, b. prezesa i członka honorowego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich.

Podając przebieg życia Zmarłego, podniósł mówca znamienne rysy tego wybitnego badacza, myśliciela i społecznika na tle minionej epoki, kiedy zdolniejsi nasi lekarze, wobec braku katedr polskich, usiłowali swą pełną poświęcenia pracą w skromnych nieraz bardzo warunkach utrzymać płomień wiedzy lekarskiej rodzinnej. Takim był i b. prezes naszego T-wa Lekarskiego Władysław Biegański, z którym ma Zmarły wspólne ideowe podłoże pracy naukowej; były między nimi i różnice, wynikające ze zdolności przyrodzonych: Nussbaum pozostał do ostatka myślicielem-biologiem, podczas gdy Biegański z dziedziny medycyny i biologii sięgnął do czystej spekulacji umysłowej — stał się filozofem.

Po tym wstępie omówił mówca w krótkich słowach prace śp. Nussbauma, zatrzymując się dłużej na pracach pierwszego okresu, które Zmarły wykonał w pracowniach fizjologicznych prof. Boehma w Dorpacie i prof. Nawrockiego w Warszawie. W zakończeniu odczytał kilka urywków z prac życiorysowych Nussbauma, w których zaznaczyły się dobitnie Jego poglądy biologa i humanitarysty. Stał On wiernie do końca pod sztandarem doniosłości wiedzy trzeźwej, przyrodniczej. Całe swoje pracowite życie oddał społeczeństwu polskiemu, które szczerze umiłował.

Cześć Jego świetlanej postaci!

Na wniosek mówcy, pamięć Zmarłego uczczono przez powstanie.

W dyskusji głos zabierali koledzy: Wasilewski, Szaniawski, Szwedowski i Piltz, który podziękował prelegentowi za piękne przemówienie.

W dalszym ciągu posiedzenia kol. Guttman *wygłosił odczyt pt.: „Światła i cienie lecznictwa społecznego"*.

Dla dokładnego omówienia powyższego tematu należało by poświęcić nie jeden referat, ale referatów kilkanaście, opracowanych przez całe grono lekarzy-praktyków. Referent omówi na razie tylko kilka fragmentów dotyczących tego tematu.

Przede wszystkim referent wyraża żal, że w ciągu ostatnich 10 lat w Częstochowskim T-wie Lekarskim nie poświęcono dotąd ani jednego referatu dla omówienia tak ważnego i żywotnego zagadnienia.

W lecznictwie społecznym, czyli zbiorowym na pierwszy plan wybija się lecznictwo w instytucjach ubezpieczeń społecznych, tj. dawniejszych „Kasach Chorych" a obecnych „Ubezpieczalniach Społecznych". Narzekania na ubezpieczalnie społeczne datują się od samego początku powstania dawniejszych powiatowych Kas Chorych, tj. od lat kilkunastu. Stosunek lekarzy do instytucji ubezpieczeń społecznych był na początku po większej części, niestety, negatywny, toteż inicjatywa i kierownictwo w Kasach Chorych od samego początku i do dnia dzisiejszego znajduje się nie w rękach lekarzy-praktyków, lecz w rękach urzędników, tak zwanych ubezpieczeniowców. Tym się objaśnia fakt, że lecznictwo w ubezpieczalniach stoi znacznie niżej tego poziomu, na którym stać powinno i mogłoby przecież znacznie przewyższać lecznictwo prywatne dzięki swej taniości, dostępności i dzięki bogactwu rozporządzalnych środków i metod badania i leczenia.

Największą jednak bolączką lecznictwa w ubezpieczalniach jest nadużywanie częstości porad lekarskich, a przez to kolosalne przeciążenie lekarzy pracą lekarską, od dwóch zaś lat także i pracą administracyjno-urzędniczą.

Administracja w ubezpieczalniach i biurokracja rozbudowana jest nadmiernie, bez należytego pożytku dla ubezpieczonych, a liczba lekarzy jest stosunkowo zbyt mała. Oto przykład: w roku 1936 na 260 pracowników Ubezpieczalni Częstochowskiej było tylko 49 lekarzy, a 210 nie-lekarzy, a więc innych urzędników i funkcjonariuszy. Przy tym nie-lekarze byli zatrudnieni po 7 godzin dziennie, a spośród lekarzy tylko część pracowała dla Ubezpieczalni, reszta zatrudniona była 3—2 albo i mniej godzin dziennie. Tymczasem zamiast zwiększyć liczbę godzin pracy lekarskiej i pracy pomocników lekarskich, Zakład Ubezpieczeń Społecznych postępował wręcz przeciwnie z wielką szkodą dla ubezpieczonych i dla samej instytucji ubezpieczeń społecznych.

Z. U. S. oraz wykonawcy jego zleceń w terenie ciągle domagali się tylko oszczędności mechanicznych, zmniejszenia ilości lekarstw, ilości zasiłków, ilości skierowań do szpitali, do specjalistów itd., nie dając jednak lekarzom czasu, a więc możności zastąpienia niektórych kosztownych a może czasem zbytecznych rzeczy rzeczami tańszymi, lecz wymagającymi od lekarza poświęcenia choremu więcej czasu na zbadanie, poradę, dokładne wytłumaczenie itd. Toteż w rezultacie lekarze ubezpieczalni znaleźli się w tragicznym położeniu Charlie Chaplina kreującego

w filmie „Dzisiejsze czasy“ rolę dumpingowanego przez dyrekcję robotnika, którego na każdym kroku, bez wytchnienia, pogania i prześladuje zabójcze hasło „zwiększyć tempo pracy“, śpieszyć się i śpieszyć aż na złamanie karku.

Jeśli tedy, ani leczenie, ani instytucja ubezpieczeń społecznych nie chcą złamać karku w tej dzikiej gonitwie, to czas najwyższy zastanowić się poważnie, rzeczowo, sumiennie i uczciwie, w jaki sposób można by najskuteczniej zahamować to niebezpieczne tempo, a za to zwiększyć kilkakrotnie wartość i celowość zbożnej i szczytnej pracy dla dobra szerokich rzesz ubezpieczonych i dla dobra całej Rzeczypospolitej Polskiej. A przecież powinniśmy rzeczywiście i mądrze, według słów Marszałka Śmigłego-Rydza podciągnąć Polskę wzwyż, a nie spychać ją w dół, ku czarnej przepaści. Faktyczna zaś i mądra dbałość o zdrowie 10 milionów ubezpieczonych i ich rodzin, to rzecz dla Państwa Polskiego niezmiernie ważna, zarówno w czasie pokoju, jak w czasie wojny.

Dyskusja: Dr Hall prostuje nieścisłości i twierdzi, że na 50 lekarzy jest tylko 4 urzędników. Dzisiejsza ubezpieczalnia obejmuje 4 rodzaje ubezpieczenia: emerytalne, robotników, pracowników umysłowych, chorobowe. Wspomina o tym, że słyszał od osoby miarodajnej, że władze ubezp. mają zamiar obciążyć lekarzy całą pracą biurową.

Kol. Wajnbaum dzieli lekarzy na pracujących i nie pracujących i to samo dotyczy lekarzy ubezpieczalni. Poza tym zabierali głos koledzy Mikulski, Szwedowski i Piltz.

Sekretarze: *Szwedowski i Hallemanowa.*

Posiedzenie w dniu 22 maja 1937 roku
Przewodniczy: prezes kol. Łokczewski

Odczytany protokół z dnia 22. III. 1937 r. został przyjęty.

Pokazy: Kol. Goldman *przedstawia szereg preparatów narządów rodnych kobiecych usuniętych operacyjnie w Szpitalu N. M. P. w Częstochowie.* Dwa preparaty macic usuniętych przez pochwę z powodu *carcinoma cervicis uteri incipiens.* W obu przypadkach choroba raka w części pochwowej nie była zaawansowana, obejmowała na niedużej powierzchni części pochwowe. Zmian w przymaciczach nie wyczuwało się i dlatego zdecydowano się na usunięcie drogą pochwy obu macic, zakładając na chore miejsca mankiet ze ścian pochwy. Obie chore opuściły szpital z końcem trzeciego tygodnia po zabiegu.

Następnie kol. Goldman przedstawił dużych rozmiarów wiókniako-mięśniak wagi $1^1/_2$ kg, usunięty rozkawałkowaniem przez pochwę.

Czwarty preparat — to macica ciężarna (trzy miesiące) wielkości małej główki kapusty, na tylnej powierzchni, w dolnej części trzonu guz (włókniako-mięśniak), który wypełnił małą miednicę i który zmusił kol. G. (przeszkoda porodowa) do usunięcia ciężarnej macicy wraz z guzem za pomocą laparotomii.

Podczas pokazu dopiero nacięto powiększony trzon, aby wykazać zawartość tegoż: jajo płodowe 3-miesięcznej ciąży.

Piąty preparat: 3-kilogramowy włókniako-mięśniak, usunięty przez wykonanie *amputatio supracervicalis uteri per laparatomiam.*

Szósty preparat: włókniako-mięśniak, wagi 5 kg, uzyskał kol. G. po całkowitym usunięciu macicy drogą brzuszną.

Wszystkie zabiegi operujący wykonał w znieczuleniu lędźwiowym perkainą.

W dyskusji: Kol. Mikulski zwraca uwagę na to, że obecnie częściej operują ginekolodzy przez pochwę.

Kol. Goldman mówi, że coraz rzadziej wykonuje operacje według Wertheima przy raku macicy, a to z powodu częstych nawrotów raka i dość dużej śmiertelności.

Raka operuje kol. Goldman ostatnio tylko w okresie wczesnym.

Następnie głos zabierali kol. prezes Łokczewski, kol. Piltz, kol. Konar.

Kol. Bram *wygłosił odczyt pt.: „Leczenie krótkimi falami“.* Na wstępie prelegent omówił istotę fizykalną krótkich fal, rozwój techniki i aparaturę, następnie działanie ich na ustrój. Przytaczając szereg dokonanych doświadczeń przez różnych autorów na roślinach, zwierzętach i ludziach, prelegent przychodzi do wniosku, że działanie krótkich fal polega przede wszystkim na głęboko przenikającej hipertermii tkanki, nie należy jednak przeczyć (myśli Liebesny'ego i innych), że obok hipertermii działa niewyjaśniony dotychczas czynnik elektryczny. W odróżnieniu od działania ciepła diatermii wyłącznie na procesy przewlekłe, krótkie fale działają prawie wybiórczo na ostre sprawy zapalne. Dobre wyniki uzyskano dotychczas w następujących schorzeniach:

1) choroby skóry: czyraczność, róża, ropień,

2) choroby nerwów: neuralgia i zapalenie nerwów,

3) choroby stawów, mięśni i kości: ostre zapalenie stawów, zniekształcające zapalenie stawów, zapalenie stawów kręgowych, zapalenie błon maziowych, ścięgien, przewlekłe zapalenie szpiku kostnego,

4) choroby uszu, nosa i gardła: zapalenie ucha środkowego, zatok i migdałków, ostry i przewlekły nieżyt krtani,

5) choroby naczyń: choroba Raynaud'a, zakrzepowe zarastające zapalenie naczyń (Bürger), chromanie przestankowe i dusznica bolesna,

6) choroby płuc i opłucnej: dychawica oskrzelowa, ropień płuc, rozstrzenie oskrzeli, wysiękowe i suche zapalenie opłucnej, ropniak opłucnej.

7) choroby kobiece: ostre i przewlekłe zapalenie przydatków, przymacicza i brak miesiączki.

Ponadto stosuje się fale krótkie z dobrym wynikiem w przypadkach zmian zapalnych okołożołądkowych i okołodwunastniczych, przy przewlekłym zapaleniu wyrostka robaczkowego i przy zapaleniu pęcherzyka żółciowego.

W dyskusji prezes kol. Łokczewski, powołując się na artykuł prof. Castaldi'ego, ogłoszony w Nr 8 br. Polskiej Gazety Lekarskiej, przypomina zasługi badaczy włoskich w sprawie poznania własności biologicznych i leczniczych fal krótkich. Włochy, dzięki pracom Galwani, Nobili, Matheucci, słusznie uważają się za ojczyznę elektrobiologii; w ostatnich latach zasłynął w tej dziedzinie Marconi, jako twórca telegrafu bez drutu i dlatego we Włoszech ten dział nauki nosi nazwę Marconi-biologii, a lecznictwo Marconi-terapii.

W swym artykule prof. Castaldi omówił cały szereg prac autorów włoskich, którzy badali doświadczalnie działanie krótkich fal i stosowali je klinicznie.

Wyniki nie są ostatecznie ustalone, potrzebne są dalsze spostrzeżenia. Następnie kol. prezes podaje, że we Francji stosują leczenie krótkimi falami stosunkowo dawno i w różnych sprawach zapalnych, jednak o wynikach leczenia trudno sobie wyrobić odpowiedni sąd.

Nieraz czyta się w piśmiennictwie i o szkodliwych skutkach tego leczenia, w każdym bądź razie leczenie krótkimi falami stosują przeważnie w sprawach przewlekłych.

Następnie głos zabierali koledzy Konar, Szaniawski, Szwedowski i Wisenfeld.

Sekretarze: *Szwedowski i Hallemanowa.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 13 kwietnia 1937 roku

1. Kol. Kosieradzki K. *wygłosił odczyt pod tytułem: „Kilka słów w sprawie wydajności aparatów krótkofalowych* (na marginesie referatu kol. Grynbauma z dnia 9. III. br.). (Streszczenie własne).

W dyskusji nad referatem dra Grynbauma z dnia 7 marca prelegent wspomniał w swym końcowym przemówieniu, że posługuje się aparatem o wydajności 2.000 watt „na sieci“ oraz że aparat krótkofalowy winien mieć wydajność przynajmniej 1.000—2.000 watt „na sieci“.

Wobec zasadniczej wagi tej sprawy sądzę, że pożytecznym będzie bliższe jej omówienie.

Moc aparatów krótkofalowych podawana jest przez firmy produkujące, jako tzw. wydajność w obwodzie chorego. Aby ją zmierzyć, ustawiamy w obwodzie chorego naczynie szklane o podwójnych ściankach, tzw. kalorymetr wodny, zawierające rozczyn soli kuchennej o stężeniu takim, które czyni ten roztwór równowartościowym pod względem absorbcji energii pola krótkofalowego z ciałem ludzkim. Następnie mierzymy ciepłotę roztworu przed i po zadziałaniu falami krótkimi w ciągu określonego czasu, obliczamy ilość kaloryj ciepła, wytworzoną w tym czasie w rozczynie i przeliczamy kalorie na wattosekundy.

0,24 małej kalorii odpowiada wattosekundzie (= 1 Joul). Możemy też mierzyć wydajność fotometrycznie, umieszczając w obwodzie chorego zamiast elektrolitu żarówkę węglową, przy czym z jasności światła żarówki, wymierzonej przy pomocy komórki fotoelektrycznej, wnioskować możemy pośrednio o wydajności w obwodzie chorego.

Wydajność najsilniejszego, o ile mi wiadomo, z aparatów krótkofalowych, które znajdują się w Warszawie, tj. aparatu posiadanego przez II Klinikę Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu J. P. wynosi według obliczenia firmy przeciętnie około 650 watt w obwodzie chorego przy falach 3,7—8 m, zaś 350 watt przy falach od 3,15 do 3,7 metra. Jest to aparat firmy Siemens, marki Ultrapandoros nowego typu, wypuszczonego na rynek na początku

ku ubiegłego roku. Wydajność aparatu tej marki, lecz typu starszego, wynosi według obliczenia firmy około 100 watt w obwodzie chorego przy fali 3,25 i dochodzi do 400 watt przy falach 7- i 15-metrowej. Jest to ten aparat, o którym prawdopodobnie mówił dr Grynbaum.

Wydajność znanego w Warszawie aparatu firmy Sanitas marki Brevella przy fali 12 m wynosi 350 watt. Taka sama jest przeciętna wydajność małych aparatów firmy Siemens marki Ultratherm i Radiotherm. Inne firmy, produkujące aparaty lampowe, budują je również tak, aby ich moc w obwodzie chorego wynosiła 300 watt. Aby bowiem aparat był pełnowartościowy dla praktyki lekarskiej, musi mieć przynajmniej tę właśnie wydajność.

Dr Grynbaum, określając wydajność swego aparatu jako 2.000 watt „na sieci" miał zapewne na myśli to, co według polskiej terminologii elektrotechnicznej określamy jako moc wejściową lub pobraną, po niemiecku *Eingangsleistung* lub *Aufnahmeleistung*, po angielsku *input*, po francusku *puissance absorbée*.

Określenie to charakteryzuje tylko ilość zużywanej przez aparat energii elektrycznej, nie daje natomiast pojęcia o wydajności w obwodzie chorego, czyli o mocy użytecznej. To zaś jest właśnie ważne dla nas ze względów praktycznych.

A więc np. moc wejściowa aparatu, posiadanego przez II Klinikę Chorób Wewnętrznych U. J. P., wynosi do 3.000 watt. Znaczy to, że aparat ten, pracując godzinę, zużywa do 3 kilowattogodzin energii elektrycznej, czyli — jak się to utarło mówić — 3 kilowaty prądu. Natomiast jego moc użyteczna wynosi, jak podałem, zależnie od długości fali, od 350 do 650 watt, a więc zaledwie 12 do *22%* mocy pobranej.

Stosunek mocy pobranej do użytecznej określamy nazwą sprawności aparatu. Sprawność aparatu zależna jest od konstrukcji aparatu, od długości fali, na jakiej pracuje, od odległości elektrod od ciała chorego i wreszcie od oporu objektu, poddanego działaniu pola krótkofalowego.

a) Sprawność aparatów iskiernikowych jest mniejsza, niż lampowych. Przy stosunkowo dużym zużyciu prądu wydajność ich w obwodzie chorego pozostaje mała, co zależy głównie od tego, że wytwarzają one tzw. drgania tłumione, a więc przerywane pauzami.

Sprawność poszczególnych aparatów lampowych również bywa niejednakowa, zależnie od konstrukcji. I tak np., dzięki ulepszonej konstrukcji, sprawność nowego typu aparatu marki Ultrapandoros jest większa, niż starego typu. Przy najkrótszych falach, na jakich pracuje, wydajność aparatu tej marki wynosi obecnie przeciętnie 350 watt, podczas gdy wydajność starego typu wynosi przeciętnie tylko 100 watt.

b) Im na krótszej fali aparat pracuje, tym bardziej maleje jego sprawność, tym większa część pobranej energii przekształca się bezużytecznie w ciepło. Dlatego właśnie firmy produkujące podają dla aparatów, w których długość fali można dowolnie zmieniać, 2 lub 3 wartości mocy użytecznej, tj. wydajność przy fali najkrótszej i przy falach dłuższych.

Zmniejszanie się mocy użytecznej przy zmniejszaniu długości fali kładzie dotychczas tamę usiłowaniom wprowadzenia do leczenia fal centymetrowych. Już bowiem przy falach od 3 do 1 metra sprawność aparatu staje się znikomo małą.

Wszystkie te zależności tłumaczą jasno, dlaczego niewłaściwym było by sądzić o sile aparatu na podstawie jego mocy wejściowej. Natomiast ta ostatnia może służyć dla oceny kosztów eksploatacji aparatu, daje nam bowiem pojęcie o ilości zużywanej przezeń energii elektrycznej.

Rozprawy: Kol. Grynbaum wyjaśnia, że posiada 3 rodzaje krótkofalowych aparatów: 1) iskiernikowy — wydajność 2 tysięcy wattów „na sieci", 2) indukcyjny i 3) ultrakrótkie fale 2-lampowe od 3,3 do 15 metrów. Aparat do leczenia ultrakrótkimi falami został ostatnio przerobiony według najnowszego modelu; w zestawieniu z tym, o którym mówił kol. Kosieradzki, aparat mówcy ma te dodatnie strony, że posiada falę długości 15 metrów, która jest niezbędna w leczeniu spraw naczyniowych (choroba Raynaud'a). Co się tyczy danych wydajności aparatów przedstawionych przez kol. Kosieradzkiego, nie są to dane kliniczne, lecz dane otrzymane na fantomach. W końcu mówca wspomina, że są jeszcze mocniejsze aparaty krótkofalowe: ostatnio Marconi skonstruował aparaty o falach 2 metrów długości przy dużej wydajności aparatu.

2. Lauber Jan (członek T-wa): *O znaczeniu pokazów chorych dla życia Tow. Lek.* (streszczenia nie nadesłał).

Rozprawy: Kol. Konopacki jest zdania, że medycyna praktyczna, mimo pogłębienia się poszczególnych specjalności wiele korzyści może osiągnąć z tych pokazów. Proponuje więc, aby Zarząd Tow. Lek. Warsz. zwołał konferencję prezesów towarzystw specjalnych i porozumiał się z nimi w sprawie pokazów chorych w Towarzystwie Lekarskim. Przyczyni się to do wzajemnego poznania się młodszych lekarzy.

Kol. Melanowski wspomina, że przeglądając pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, można się przekonać iż pokazy chorych dawniej w życiu T-wa odgrywały poważną rolę. Mówca nie wie, jak długo rozprawiano nad tymi pokazami chorych, lecz wyraża obawę, że zbyt długa dyskusja nad pokazami może narazić pracę T-wa na jeszcze większe niepowodzenie. Dlatego należało by przedtem przedyskutować, jak się mają odbywać te pokazy chorych. Jeśli się dyskutuje nad przypadkiem okulistycznym i nie pokaże się słuchaczom dna oka chorego, to pokaz taki nie przyniesie pożytku, jeśli znów przy demonstracji przypadku zacznie omawiać się piśmiennictwo światowe na dany temat, to również nie uzyska się pożądanego wyniku. Musi być pewien regulamin: *pokaz nie może odbywać się długo.* Opis musi zawierać osobliwości danego przypadku; o piśmiennictwie można wspomnieć krótko, albo wcale nie wspominać. W omawianiu przypadku należy podkreślić tylko to, co ma znaczenie dla ogółu lekarzy, a należy unikać balastu piśmiennictwa.

Kol. Łyskawiński wspomina, że inaczej układała się praca Towarzystwa wówczas, gdy nie istniały jeszcze poszczególne specjalne towarzystwa: internistów, chirurgów, gastrologów, okulistów itp. Zarząd Tow. Lek. Warsz. bronił się przed powstawaniem tych sekcji, gdyż obawiał się o pracę dla T-wa Mówca proponuje, by Zarząd Tow. Lek. Warsz. zwrócił się do przewodniczących sekcji z prośbą o zgłaszanie bardziej interesujących przypadków lub wyznaczył dzień dla pokazów chorych poszczególnych specjalności. Chcąc zamieścić w programie więcej pokazów trzeba, żeby prelegenci przedstawiali przypadki sprawnie bez balastu literackiego. Gdy pokaz wywołuje zbyt ożywioną dyskusję, odczyt spada z programu. Żeby nie przeciągać dyskusji, należało by ograniczyć czas przemówień do minimum lub przenieść dyskusję nad pokazami na koniec posiedzenia. Jest obawa, że wtedy nikt nie będzie czekał do końca posiedzenia. Lepiej było by więc prowadzić dyskusję bezpośrednio po pokazie chorego.

Kol. Leśniowski z własnego doświadczenia wie, że pokazy chorych w dawnych latach znacznie ożywiały posiedzenia Tow. Lek. Warsz. Nieraz było tyle pokazów chorych, że odczyt nie mógł się odbyć z braku czasu. Od czasu powstania towarzystw specjalnych pokazy chorych rozbiły się na specjalne sekcje. Można by jednak i dziś jeszcze pokazywać przypadki z tzw. pogranicza poszczególnych specjalności, które by zainteresowały tak samo chirurga, jak i internistę, ginekologa, czy dermatologa.

Zarząd Tow. Lek. Warsz. nie może jednak wywierać nacisku na poszczególne sekcje, aby przesyłały pokazy do T-wa. Powinno się to odbywać *sua sponte.* Pokazy chorych zgłoszone do T-wa Lek. Warsz. mogą być często nie objęte porządkiem dziennym, gdyż lekarz praktyk, czy klinicysta musi korzystać z chwili posiadania danego przypadku. W końcu mówca stwierdza, że nie ma dużej nadziei, aby te „zaprawki" przyczyniły się do ożywienia posiedzeń T-wa.

Kol. Łyskawiński proponuje, aby zorganizować posiedzenia poświęcone wyłącznie pokazom chorych.

Kol. Skłodowski (streszczenie własne) zaznacza, że nie tyle może zebrania specjalne odciągają od naszego T-wa prelegentów i słuchaczy, ile posiedzenia szpitalne, które odbierają mu główne pokazy, tj. tę atrakcję, o której mówił prof. Lauber. Sądzę, że przez porozumienie się z przewodniczącym zebrań specjalnych i szpitalnych można by pozyskać dla Tow. Lek. pewną liczbę najodpowiedniejszych pokazów. W każdym razie Zarząd sprawą tą się zajmie i wysłuchanym dziś życzeniom postara się w miarę możności zadość uczynić.

Kol. Lauber stwierdza, że strona techniczna urządzenia pokazów chorych nie będzie taka trudna.

W Wiedniu również istnieją towarzystwa poszczególnych specjalności, a mimo to w t-wie ogólno-lekarskim jest dużo pokazów. Na pokazy te przeznacza się jedną godzinę. Przedstawienie przypadku trwa 10 minut, głos w dyskusji — 3 minuty. Dyscyplina pod tym względem jest surowa.

Gdyby się wywiązała interesująca dyskusja nad przedstawianym przypadkiem, to przewodniczący zwraca się do słuchaczów z zapytaniem, czy życzą sobie przedłużenia rozprawy.

Dla zyskania interesujących pokazów należy zwrócić się do ordynatorów oddziałów, kierowników klinik, a nawet członków T-wa, gdyż można pokazać chorych z prywatnej praktyki.

Pierwszy chory, którego pokazywał mówca, był właśnie z praktyki prywatnej. Chodzi tylko o to, by pokazy te weszły w zwyczaj. Jeśli wyjdzie zachęta ze strony Zarządu T-wa, to wielu będzie chętnych prelegentów.

Prezes: *J. Składowski.*
Zastępca sekretarza dorocznego: *M. Żabczyński.*

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 27 kwietnia 1937 roku

Kol. Prezes, witając gościa prof. Hadjioloffa w języku francuskim, wygłosił następujące przemówienie:

Szanowni Państwo!

Posiedzenie dzisiejsze zaszczycił swoją obecnością prof. Hadjioloff z Sofii, który przybył do Polski w celu nawiązania bliższych stosunków z naszym ciałem lekarskim. Wyrazem tej życzliwej chęci będzie odczyt o stosowaniu metody fluoroskopowej w histologii i medycynie praktycznej, który prof. Hadjioloff za chwilę wygłosi.

Szanowny i Drogi Kolego!

Witamy Cię w siedzibie Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego. Dziękujemy Ci serdecznie, żeś podjął trud dalekiej podróży, ażeby odwiedzić nasz kraj i ożywić stosunki naukowe między lekarzami Bułgarii i Polski. Przyjmujemy Cię z tym większą radością, jako przedstawiciela narodu, bliskiego nam krwią i z którym łączy nas mnóstwo więzów historycznych, sięgających często w odległą przeszłość.

Proszę Cię, Szanowny Kolego, o zabranie głosu.

Prof. A. Hadjioloff *wygłosił w języku francuskim odczyt pt.: „Zastosowanie metody fluoroskopowej w histologii i medycynie“.* (Ukaże się drukiem w „Medycynie“).

Prezes: *Józef Składowski.*
Sekretarz doroczny: *Stanisław Flis.*

Zjazd lekarzy powiatowych województwa wołyńskiego

Dnia 18 i 19 marca 1938 r. odbył się w Łucku zjazd lekarzy powiatowych i samorządowych województwa wołyńskiego.

Na zjazd przybyli: Inspektor Służby Zdrowia w Ministerstwie Opieki Społecznej dr M. Zachert, Szef Sanitarny D. O. K. II. płk. dr B. Błażejewski, Dowódca Obrony Przeciwlotniczej O. K. II. płk. L. Ruszczewski i prezes Wołyńskiego Tow. Lekarskiego dr Jasiński.

W zjeździe wzięli udział również, poza lekarzami powiatowymi i samorządowymi, naczelni lekarze Ubezpieczalni Społecznych w Łucku i Równem oraz kierownik filii Państwowego Zakładu Higieny w Łucku dr H. Walecki wraz z personelem.

Zjazd zagaił Wicewojewoda S. Konopacki, podkreślając ważny moment historyczny, w jakim obecnie zjazd odbywa się (sprawa litewska), zaznaczając przy tym, że każdy z uczestników zjazdu może być w każdej chwili powołany do zdania egzaminu wobec przyszłych pokoleń ze swych wartości moralnych i z tego, co stanowi o dalszym bycie narodu.

Dr Habich, kierownik Oddziału Zdrowia w Urzędzie Wojewódzkim Wołyńskim, po przywitaniu uczestników objął przewodnictwo zjazdu i jako pierwszy wyraz jednomyślności obrad należy wymienić wysłanie przez Prezydium Zjazdu hołdowniczej depeszy do Marszałka Śmigłego-Rydza z racji przypadających w dniu tym Jego imienin.

Inspektor Zachert w swoim wstępnym przemówieniu podkreślił widoki lepszej koniunktury na przyszłość w związku z ustawą o publicznej służbie zdrowia, nad którą prace są już na ukończeniu w komisji sejmowej.

Ustawa między innymi przewiduje powstanie lekarzy gminnych i okręgowych. Opracowywana jest również ustawa o zwalczaniu gruźlicy oraz chorób wenerycznych w związku ze zwalczaniem nierządu.

Ośrodki zdrowia, których w chwili obecnej w całej Rzeczypospolitej jest ponad 400, nie mają żadnych podstaw prawnych. W związku z nową ustawą w niedalekiej przyszłości mają być zakładane w każdej gminie, lub 2—3 gminy połączą się do stworzenia jednego ośrodka zdrowia.

Dr Habich złożył sprawozdanie ze stanu sanitarnego województwa wołyńskiego za rok 1936/37, z którego wynika, że okres sprawozdawczy pod względem chorób zakaźnych był na ogół pomyślny, co zaznaczyło się w zmniejszeniu zachorowań na dur brzuszny (o 113) i na dur plamisty (o 44 przypadki). Pozostaje to w związku z energiczną akcją sanitarno-porządkową utrzymania w należytym stanie studzien i ustępów, izolowania chorych w szpitalach, dezynfekcji mieszkań oraz masowego kąpania ludności itp. W akcji tej pomoc oddaje kolumna epidemiczna utrzymywana przez związki samorządowe i Ministerstwo Opieki Społecznej.

Stan sanitarny miast i wsi pod wpływem energicznej akcji komisji sanitarno-porządkowej na terenie całego województwa uległ znacznej poprawie.

Z większych inwestycyj sanitarnych należy wymienić wybudowanie wodociągu w Łucku, który w sposób zdecydowany podniósł stan sanitarny miasta.

W roku sprawozdawczym na terenie województwa czynnych było dziesięć ośrodków zdrowia, w tym dwa wiejskie oraz 66 przychodni rejonowych. Chorzy na jaglicę, gruźlicę i choroby weneryczne mają możność leczenia się bezpłatnie we wszystkich przychodniach rejonowych.

Z przychodni zapobiegawczych zasługuje na uwagę działalność stacji opieki nad matką i dzieckiem, pod opieką których pozostawało 4.632 dzieci i 342 matek; udzielono porad 9.722 dzieciom i wydano 95.321 litrów mleka.

Na zdrowie publiczne preliminowano przez samorządy 1,377.357 zł, co stanowi w stosunku do ogólnego budżetu 12%, budżet ten został wykonany od 78.3% do 139%.

Naturalny przyrost ludności wynosi 15,5‰, umieralność ogólna 13 na 1.000 mieszkańców, liczba urodzin na 1.000 mieszkańców wynosiła 29,4, przyrost zmniejszył się o 0,4, umieralność zwiększyła się o 0.8.

Dr Żytyński i dr Jeśman, nacz. lekarze ubezpieczalni społecznych wygłosili krótkie referaty o zapobiegawczej i leczniczej działalności ubezpieczalni społecznych na Wołyniu.

Na terenie Ubezpieczalni Łuckiej akcja profilaktyczna znalazła duże zrozumienie wśród ubezpieczonych. W akcji tej Ubezpieczalnia współpracowała ze wszystkimi instytucjami, prowadzącymi akcję zapobiegawczą.

Rok sprawozdawczy dał o wiele szersze możliwości rozwinięcia akcji profilaktycznej dzięki przyznaniu większych sum przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych spoza budżetu.

Na kolonie i półkolonie letnie Ubezpieczalnia Społeczna wydała kwotę 15.642.21 zł, na całą zaś akcję profilaktyczną 43.690.48 zł.

Poza tym Ubezpieczalnia Społeczna uczestniczyła w akcji dożywiania dzieci oraz wydała w charakterze subwencji 1.868 litrów tranu.

Ubezpieczalnia Społeczna w Równem uważa za najbardziej aktualne i palące zagadnienie budowę szpitala powiatowego w Równem, którą zainicjował tamtejszy Wydział Powiatowy przy finansowym udziale Ubezpieczalni Społecznej.

Koszty akcji profilaktycznej na terenie Ubezpieczalni Rówieńskiej wyniosły 65.000 zł. tj. 4,2% od przypisu składek; w powyższej kwocie mieści się także 18.000 zł, wpłaconych przez Ubezpieczalnię Głównemu Komitetowi Pomocy Zimowej dla Bezrobotnych.

W roku sprawozdawczym skierowano na kolonie i półkolonie 744 dzieci.

Akcja profilaktyczna obejmowała również kolonię wypoczynkową dla 40 robotników pod Krzemieńcem, subwencjonowanie powiatowych komitetów pomocy dzieciom i młodzieży oraz instytucji zapobiegawczych.

Dr Skokowska-Rudolfowa wygłosiła referat pt.: „Akcja zwalczania gruźlicy na Wołyniu“, w którym wykazała stan obecny prac poradni przeciwgruźliczych na Wołyniu, ich braki oraz sposoby usunięcia tych braków. Referat był ilustrowany wykresami stanu walki gruźlicy w całej Polsce oraz na Wołyniu.

W końcu prelegentka zaznajomiła zebranych z projektem ustawy przeciwgruźliczej.

Dr A. Tarpiński wygłosił referat „Dur plamisty na Wołyniu w latach 1923—1937“. Referat ilustrowany był licznymi wykresami.

P. J. Masiewiczówna, kierowniczka Letniej Stacji nad Matką i Dzieckiem w Krzemieńcu wygłosiła referat pt.: *„Organizacja i działalność letniej stacji opieki nad matką i dzieckiem“.*

Dr chemii M. Wróbel, adiunkt Państwowego Zakładu Higieny, wygłosił referat pt.: „Technika pobierania i przesyłania prób artykułów spożywczych do badania“.

Lekarz wet. Darski wygłosił referat pt.: *„Choroby zaraźliwe i pasożytnicze zwierząt, przenoszone na ludzi, w świetle najnowszych badań“.* W referacie poruszono: 1) choroby pasożytnicze, jak choroba bąblowca, wągrzyca trzody chlewnej, bydła rogatego i ryb, włośnica oraz choroby skórne; 2) dury rzekome; 3) choroby zakaźne, jak gruźlica i wąglik, nosacizna, pryszczyca, wścieklizna, pomór i różyca świń, grypa koni; 4) z ostatnio opracowanych chorób, jak np. tularemia itp. W re-

feracie zwrócono uwagę na to, że prace lekarzy medycyny i lekarzy weterynarii zazębiają się, wobec czego prace te winny iść wspólnie naprzód dla dobra Państwa i społeczeństwa. Szczególną uwagę zwrócono na sposób zakażania się ludzi, bądź to przez spożycie mięsa lub przetworów mięsnych, albo przez obcowanie z chorym zwierzęciem. Podano szczegółowe objawy u zwierząt, jak też u ludzi. W dyskusji zwrócono uwagę na pryszczycę jako chorobę mogącą przynieść duże straty materialne Państwu; bardzo szczegółowo omawiano sposoby zwalczania tejże choroby u nas oraz w Niemczech.

Mgr. Juchniewicz, insp. farm., wygłosił referat pt.: *„Zaopatrzenie i przystosowanie aptek dla celów O. P. L."*. W związku z wygłoszonym referatem referent obrony przeciwlotniczej T. Wodziński omówił ustawy i rozporządzenia, dotyczące przygotowań obrony przeciwlotniczej i przeciwgazowej oraz naświetlił metody organizacji tej obrony w miastach, a także zasady budownictwa odpornego przeciw napadom z powietrza.

Po zamknięciu Zjazdu odbyło się zwiedzanie filii Państwowego Zakładu Higieny w Łucku, wodociągów miejskich i zabytków miasta.

Reasumując przebieg obrad, należy stwierdzić, że sprawy sanitarne, akcja zapobiegawcza, lecznictwo i szpitalnictwo osiągnęły dość poważne rezultaty, dzięki zrozumieniu przez samorządy terytorialne ważkości podniesienia stanu sanitarnego miast i wsi i roztoczenia należytej opieki nad zdrowiem ludności miejskiej i wiejskiej przez zwiększenie ilości placówek samorządowej służby zdrowia.

Plan działalności na przyszłość przewiduje budowę nowych szpitali w Łucku, Krzemieńcu i Kostopolu, uruchomienie lotnych stacji opieki nad matką i dzieckiem, otwarcie wiejskich ośrodków zdrowia, budowę studni publicznych, kąpielisk itp.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

Ruch towarzystw lekarskich i zjazdy

XVIII posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego odbyło się dnia 10 czerwca 1938. Porządek dzienny: 1. Kol. Lipiński: Nowe drogi w leczeniu czerwonki (wykład). 2. Kol. Chwalibogowski A.: Badania doświadczalne, dotyczące jakościowo jednostronnego odżywiania niemowląt (wykład).

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie. I. Posiedzenie w dniu 8 czerwca 1938 r.: 1. Odczytanie protokołu posiedzenia z dnia 25 maja 1938 r. 2. Pokaz chorych i dyskusja. 3. Kol. W. Miller: Pokaz dwóch przypadków przewlekłych schorzeń stawowych. 4. Kol. H. Kryszek i kol. S. Hurwicz: Przypadek tętniaka serca. 5. Kol. J. Fajwlewicz, kol. H. Kryszek i kol. J. Eisner: Tyreoidektomia w przebiegu schorzeń serca. 6. Pokaz preparatów i dyskusja. — II. Posiedzenie kliniczne w dniu 22 czerwca 1938 r.: 1. Odczytanie protokołu posiedzenia z dnia 8 czerwca 1938 r. 2. Pokaz chorych i dyskusja. 3. Kol. T. Mogilnicki: Znaczenie badania płynu mózgowo-rdzeniowego dla kliniki dziecięcej. 4. Pokaz preparatów i dyskusja.

Walne Zgromadzenie Polskiego Tow. Eugenicznego (Oddział Warszawski) odbyło się dnia 13 czerwca 1938. Porządek obrad: 1. Odczytanie protokołu poprzedniego zebrania. 2. Sprawozdanie Zarządu i Sekcyj. 3. Sprawozdanie finansowe. 4. Sprawozdanie i wnioski Komisji Rewizyjnej. 5. Wybór władz Towarzystwa. 6. Wolne wnioski.

Różne

Z kraju

W dniu 28 maja br. odbyło się pierwsze po Walnym Zjeździe posiedzenie Zarządu Związku Uzdrowisk Polskich w Truskawcu. Przedmiotem obrad były przede wszystkim wybory do Prezydium. Na prezesa wybrano jednogłośnie sen. Stanisława Karłowskiego, na wiceprezesów: dyr. Stanisława Wiśniewskiego z Ciechocinka, prezydenta Apolinarego Jankowskiego z Inowrocławia i dra Kazimierza Kadena z Rabki. Do zarządu weszli ponadto: doc. dr A. Sabatowski, inż. Włodzimierz Kryński i dr Przemysław Rudzki. Następnie omawiano sprawę udziału Polski w Międzynarodowym Kongresie Balneologicznym w Berlinie, rozważano aktualne zagadnienie zabezpieczenia spokoju oraz ciszy nocnej w uzdrowiskach, wysłuchano referatu red. Radosława Wojnicza o współpracy Polskiego Radia z uzdrowiskami na odcinku propagandy radiowej i radiofonizacji uzdrowisk, wreszcie uczczono pamięć zmarłego długoletniego Prezesa Związku śp. marszałka Rajmunda Jarosza przez złożenie wieńca na Jego grobie w Drohobyczu. Wybrano delegację złożoną z przedstawicieli uzdrowisk na uroczystość poświęcenia w Krakowie pomnika Józefa Dietla, ojca balneologii polskiej. Na zakończenie posiedzenia Zarząd powziął jednomyślną uchwałę wyrażenia podziękowania i uznania p. Halinie Minkiewiczowej, Dyrektorce Związku Uzdrowisk, za Jej ofiarną i owocną 9-letnią pracę dla dobra instytucji i rozwoju uzdrowisk. W dniu 29 maja Zarząd Związku Uzdrowisk Polskich wziął gremialny udział w obradach Sekcji Uzdrowiskowej Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia oraz zwiedził zdrojowisko, kąpielisko na Pomiarkach i muzeum truskawieckie.

W Krakowie dnia 25 maja br. odbyła się uroczystość ku czci wybitnych uczonych polskich, profesorów Uniwersytetu Jagiellońskiego Karola Olszewskiego i Zygmunta Wróblewskiego.

Komunikaty

Komitet Organizacyjny Lekarskich Kursów Wakacyjnych w Ciechocinku-Cieplicy zawiadamia, że XI Lekarski Kurs Wakacyjny wraz z „Dniem Pediatrycznym" Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego odbędzie się w dniach 2, 3, 4. IX. 1938 r. w Ciechocinku-Cieplicy. Szczegółowy program XI Kursu będzie rozesłany w swoim czasie.

Redakcja otrzymała

J. Zador: Les réactions d'équilibre chez l'homme. Wyd. Masson, Paryż 1938. Cena: 50 fr.

Istanbul Üniversitesi Tib Fakültesi Mecmuasi (Bulletin de la Faculté de Médecine d'Istanbul). 2. 1938.

Archives des maladies professionnelles. T. I. Nr 1. 1938.

F. Lebeau i G. Courtois: Traité de pharmacie chimique. T. I i II. Wyd. Masson, Paryż 1938. Cena: t. I. — 280 fr., t. II. — 460 fr.

Przegląd referatowy zagranicznej literatury fachowej z dziedziny medycyny społecznej i ubezpieczeniowej oraz medycyny pracy. Rada Nauk.-Lek. przy Z. U. S. Warszawa, 1938. Nr 4.

L. Sauve: Le docteur Récamier (1774—1852). Wyd. „Spes", Paris.

Bulletin de l'Association pour le développement des relations médicales entre la France et les pays étrangers. Nr 38. 1938.

E. Warburg: Subacute and chronic pericardial and myocardial lesions due to non-penetrating traumatic injuries. Wyd. Levin Munksgaard, Kopenhaga i Humphrey Milford, Oxford University Press, Londyn 1938. Cena: 14 kr.

R. Debré: Quelques vérités premières sur les maladies des enfants. Wyd. Masson, Paryż 1938. Cena: 28 fr.

A. Ravina: L'année thérapeutique, Année 1937. Wyd. Masson, Paryż 1938. Cena: 25 fr.

W. Orłowski: Patologia i terapia szczegółowa chorób wewnętrznych. T. II. Choroby narządu oddechowego i śródpiersia. Cz. II. Warszawa, 1938.

Bordeaux Chirurgical. Nr 2. 1938.

Guatemala Médica. Nr 3 i Nr 4. 1938.

M. Loeper i in.: Intoxications et carences alimentaires. Wyd. Masson, Paryż 1938. Cena: 60 fr.

L. Sayé: La tuberculose pulmonaire chez les sujets apparemment sains et la vaccination anti-tuberculeuse. Wyd. Masson, Paryż 1937. Cena: 60 fr.

H. Roger i Y. Poursines: Les méningo-neurobrucelloses. Wyd. Masson, Paryż 1938. Cena: 45 fr.

H. Runge: Blutung und Fluor. Wyd. Th. Steinkopff. Drezno-Lipsk 1938. Cena: 5.25 RM.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 10.—

za granicą . . . . zł 17.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.